MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA

Constantin EŢCO, Galina BUTA

PARTICULARITĂŢILE ORGANIZĂRII ASISTENŢEI MEDICALE PRIMARE ÎN CONDIŢIILE ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII ÎN MUNICIPIUL CHIŞINĂU

(MONOGRAFIE)

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIŢANU"

CATEDRA ECONOMIE, MANAGEMENT ŞI PSIHOPEDAGOGIE ÎN MEDICINĂ

CHIŞINĂU, 2014

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE“NICOLAE TESTEMIŢANU”

CATEDRA ECONOMIE, MANAGEMENT ȘI PSIHOPEDAGOGIE ÎN MEDICINĂ

Constantin EȚCO, Galina BUTA

PARTICULARITĂŢILE ORGANIZĂRII ASISTENŢEI MEDICALE PRIMARE ÎN CONDIŢIILE ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

(MONOGRAFIE)

CHIȘINĂU, 2014

CZU: 614.253+368.9.06.(043.3)

Monografia a fost aprobată la Seminarul Științific de Profil Medicină Socială și Management din 26.03.2014 (proces-verbal nr. 07)

Autori:

Constantin Eţco – doctor habilitat în medicină, profesor universitar, șef Catedră „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”

Galina Buta – doctor în medicină, asistent universitar, Catedra „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină”

Recenzenți:

Mihai Ciocanu – doctor habilitat în medicină, profesor universitar USMF "N. Testemițanu", viceministru al sănătății

Victor Savin – doctor în medicină, conferențiar universitar USMF "N. Testemițanu", director al IMSP SCM nr. 1, mun. Chișinău

Larisa Erşov – redactor

Natalia Burlacu – machetare computerizată, copertă

Monografia conține analiza activității serviciului de asistență medicală primară din municipiul Chișinău în perioada de până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, precum și a procesului de muncă a echipei medicului de familie. În lucrare este evaluată starea de sănătate a populației Republicii Moldova din anii '90 ai secolului XX și sunt evidențiate particularitățile structural-organizatorice și de finanțare ale serviciului de AMP din municipiu în condițiile AOAM.

Lucrarea a fost elaborată cu scopul de a informa publicul larg despre particularităţile organizatorice şi de activitate a sectorului medical primar, în condiţiile implementării asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chişinău, despre oportunităţile de activitate şi provocările la care sectorul dat al sistemului de sănătate a trebuit să facă faţă, toate fiind orientate spre îmbunătăţirea funcţionării serviciilor medicale din ţară.

Rezultatele obținute pot fi utilizate ca material didactic și suport informativ în activitatea medicală. Criteriile elaborate sunt un instrument efectiv pentru manageri în realizarea auditului medical intern al instituției.

Lucrarea este dedicată tuturor celor implicați nemijlocit în prestarea serviciilor la nivelul asistenței medicale primare, conducătorilor instituțiilor medicale, rezidenților, studenților, precum și persoanelor care manifestă interes față de acest domeniu.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Constantin Eţco, Galina Buta

Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condițiile asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău/Constantin Eţco, Galina Buta, USMF "N. Testemițanu"-Ch.: PRIMEX COM, 2014. – 280 p. Bibliograf.: p. 119-213 (245 tit.) – 100 ex.

ISBN 978-9975-110-04-4.

614.2:364.3

E 82

© Constantin Eţco,

© Galina Buta

CUPRINS

Prefață	10
Lista abrevierilor	14
Introducere	15
1. Particularităţile de organizare a serviciului de asistenţă medicală primară	21
1.1. Asistenţa medicală primară: principii de organizare	21
1.2. Asistenţa medicală primară din municipiul Chișinău – scurt istoric	31
1.3. Asistența medicală primară în municipiul Chișinău la etapa actuală	38
2. Starea de sănătate a populaţiei municipiului Chișinău in condițiiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală	51
2.1. Analiza comparativă a situaţiei demografice din municipiul Chișinău până şi după implementarea asigurărilor obligatorii deasistență medicală	54
2.2. Evaluarea morbidităţii generale	70
3. Evaluarea activităţii serviciului de asistenţă medicală primară	83
3.1. Asigurarea cu cadre medicale	84
3.2. Estimarea accesibilităţii serviciilor medicale primare	87
3.3. Evaluarea practicii medicale	89
4. Finanțarea serviciului de asistență medicală primară în condițiile asigurărilor medicale obligatorii	99
4.1. Asigurările medicale: scurt istoric	99
4.2. Particularităţile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova	105

4.3. Analiza alocării şi distribuirii resurselor financiare în asistența medicală primară din municipiul Chișinău 112
5. Calitătea serviciilor în asistenţa edicală primară 129
5.1. Abordarea calităţii serviciilor medicale prestate populaţiei 129
5.2. Aprecierea satisfacţiei pacienţilor viszavi de serviciile medicale din asistența medicală primară în condiţiile asigurărilor obigatorii de asistență medicală 138
5.3. Opinia medicilor referitor la calitatea serviciilor medicale prestate şi factorii determinanţi 151
6. Sănătatea ocupațională și evaluarea riscogramei echipei medicului de familie 161
7. Fundamentarea ştiinţifică a criteriilor de evaluare a eficienței şi calităţii în asistența medicală primară 171
7.1. Metodologia evaluării cantitative a asistenței medicale primare 173
7.2. Aplicarea criteriilor de evaluare cantitativă a calităţii în asistența medicală primară 179
Concluzii 188
Recomandări practice 191
Bibliografie 192
Rezumat 214
Anexe 220

ANEXE

Anexa 1. Mişcarea naturală din Republica Moldova şi municipiul Chişinău, la 1000 populaţie 221
Anexa 2. Frecvenţa mortalităţii înregistrate în municipiul Chişinău după cauzele de deces, date medii 2004-2010, la 1000 populaţie 223
Anexa 3. Structura mortalităţii înregistrate în municipiul Chişinău după cauzele de deces, date medii 2004-2010, % 225
Anexa 4. Analiza comparativă a prevalenţei morbidităţii generale a populaţiei din Republica Moldova şi municipiul Chişinău, date medii anii 2004-2010, 0/00 227
Anexa 5. Analiza comparativă a incidenţei morbidităţii generale a populaţiei din Republica Moldova şi municipiul Chişinău, date medii anii 2004-2010, 0/00 233
Anexa 6. Structura comparativă a morbidităţii generale a populaţiei municipiului Chişinău în raport cu AMT 239
Anexa 7. Structura morbidităţii în funcţie de sectoarele municipiului Chişinău, evaluată după rezultatele examenelor medicale de bilanţ, indici demonstrativi 241
Anexa 8. Numărul persoanelor din municipiul Chişinău asigurate în cadrul AOAM 243
Anexa 9. Gradul de acoperire cu AOAM a populaţiei din municipiul Chişinău 245
Anexa 10. Evaluarea comparativă a activităţii AMT în cadrul Programului Naţional de Combatere a Tuberculozei, până şi după implementarea AOAM 247
Anexa 11. Evaluarea comparativă a activităţii AMT la compartimentul „supravegherea femeii gravide", până şi după implementarea AOAM 249
Anexa 12. Evaluarea comparativă a activităţii AMT la compartimentul „profilaxia specifică a maladiilor transmisibile" 250
Anexa 13. Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de sex, % 252
Anexa 14. Frecvenţa aplicării mijloacelor de 253

promovare a modului sănătos de viaţăîn funcţie de grupele de vârstă, %
Anexa 15. Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de specialitate, % 254
Anexa 16. Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de performanţă profesională, % 255
Anexa 17. Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile medicale din municipiul Chişinău, % 256
Anexa 18. Prescrierea reţetelor pentru medicamente compensate şi parţial compensate în instituţiile medicale din municipiul Chişinău 257
Anexa 19. Suma compensată pentru procurarea medicamentelor prescrise în instituţiile medicale din municipiul Chişinău 259
Anexa 20. Nivelul mediu de salarizare a personalului medical în perioada anilor 2005 – 2009 261
Anexa 21. Chestionar pentru evaluarea opiniei pacienţilor din municipiul Chişinău privind accesibilitatea şi calitatea serviciilor medicale prestate în AMP 262
Anexa 22. Chestionar pentru evaluarea opiniei medicilorde familie, medicilor-specialişti şi a managerilor din municipiul Chişinău privind organizarea activităţilor în AMP 267
Anexa 23. Fotocronograma săptămânii de muncă a medicului/asistentei medicale din AMP 272
Anexa 24. Foaia de titlu a Recomandărilor metodice 281

PREFAŢĂ

Organizaţia Naţiunilor Unite (ONU) a declarat dreptul fundamental al omului la viaţă şi sănătate. Acest drept se regăseşte şi în principiile Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) "Sănătate pentru toţi în secolul XXI". Conform principiilor respective, sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci şi o problemă care priveşte întreaga societate şi care determină în exclusivitate existenţa fizică a naţiunii [95, 117].

Majoritatea cetăţenilor Republicii Moldova plasează sistemul de sănătate în topul dificultăţilor cu care se confruntă ţara, după situaţia economică şi creşterea preţurilor/inflaţiei. În opinia cetăţenilor, ar trebui să se acorde prioritate serviciilor medicale de calitate [12, 13, 14, 15, 62, 116].

Calitatea serviciilor medicale se exprimă prin nivelul de satisfacţie al pacienţilor, care sunt beneficiarii direcţi ai serviciilor medicale. *Noţiunea de calitate a serviciilor medicale prestate* este, însă, percepută de managerii din sistemul de sănătate din majoritatea ţărilor fost socialiste ca deficit de finanţare a sistemului medical. Majoritatea beneficiarilor de servicii medicale din sistemul public se declară nemulţumiţi de modul în care au fost trataţi. Acest fapt poate, evident, rezulta din subfinanţarea sistemului, dar, totodată, reprezintă o consecinţă a managementului neeficient [7, 10, 21, 24, 37, 62, 76, 93, 114, 116].

În opinia autorilor Pendleton şi King (2002), instituţiile medicale se confruntă cu un şir de probleme, cum ar fi: pierderea fostului statut al medicului şi imaginii lucrătorului medical; declinul moralei şi al motivării; declinul altruismului şi entuziasmului anterior. Alte probleme existente în cadrul

sistemului actual de AMP sunt: lipsa stringentă de cadre medicale, din cauza gradului sporit de abandonare a locurilor de muncă; nedorinţa tinerilor specialişti de a se angaja după specialitate; baza tehnico-materială slabă şi finanţarea limitată. Toate acestea sunt cauzate de condiţiile neatractive de activitate şi remunerare [62, 69, 77, 31, 118].

Suplimentar se constată lipsa în instituţiile medicale a unui sistem de valori acceptate şi cunoscute de toţi angajaţii: existenţa unei culturi de valori individuale cu caracter conservator, lipsa spiritului de echipă, a viziunii şi modului de acţiune strategic, lipsa de consens în managementul instituţiei şi în activitatea personalului medical etc. [1, 81, 116].

Asigurarea accesului populaţiei Republicii Moldova la serviciile medicale de calitate este prioritatea fundamentală în activitatea autorităţilor statului, stabilită inclusiv în principalele documente de politici ale Guvernului Republicii Moldova. Toate intervenţiile întreprinse şi realizate de stat prin documentele de politici: Programul de activitate a Guvernului „Integrare Europeană: Libertate, Democraţie, Bunăstare" pentru perioada 2011–2014 (Hotărârea Parlamentului nr. 6 din 14.01.2011); Strategia Naţională de Dezvoltare pe anii 2008–2011 (Hotărârea Guvernului nr. 191 din 25.02.08); Programul de stabilizare şi relansare economică pe anii 2009–2011 (Hotărârea Guvernului nr.790 din 1 decembrie 2009); Planul de activitate a Guvernului pentru anii 2011–2014, componenta "Sănătatea populaţiei" (Hotărârea Guvernului nr. 179 din 23.03.2011); Politica Naţională de Sănătate 2007–2021 (Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007); Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008–2017 (Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007) etc. fixează ca finalitate

asigurarea accesului populaţiei Republicii Moldova la serviciile medicale de calitate.

Lucrarea de față reprezintă o imagine reală, de ansamblu, în ceea ce privește activitatea sectorului asistenței medicale primare din municipiul Chișinău, conține informaţii cuprinzătoare la nivel municipal și date comparabile la nivel național. Cuprinde o prezentare complexă a rezultatelor activității serviciilor medicale organizate, finanțate și prestate cetățenilor pe parcursul anilor 2004–2010, inclusiv reflectate prin indicatorii statistici.

În argumentarea faptelor expuse au fost utilizate date statistice produse de Centrul Naţional de Management în Sănătate, Centrul Național de Sănătate Publică, instituţii subordonate Ministerului Sănătăţii, Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi Biroul Naţional de Statistică. Adiţional a fost utilizată baza de date a OMS „Sănătatea pentru toţi" (Baza de date on-line „Sănătatea pentru toţi", Kopengagen a Biroului regional OMS Europa, 2011 http://data.euro.who.int/hfadb) și rapoartele studiilor de politici, realizate cu suportul partenerilor de dezvoltare.

Lucrarea a fost elaborată cu scopul de a informa publicul larg despre particularitățile organizatorice și de activitate a sectorului medical primar, în condițiile implementării asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău, despre oportunităţile de activitate și provocările la care sectorul dat al sistemului de sănătate a trebuit să facă față, toate fiind orientate spre îmbunătăţirea funcţionării serviciilor medicale din ţară.

Autorii aduc mulțumiri colectivului Catedrei „Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină" instituţiilor medico-sanitare publice ce prestează servicii de asistenţă

medicală primară și specializată de ambulatoriu, care au participat în studiu, pentru suportul acordat pe parcursul elaborării lucrării.

Mulțumim domnilor Mihai Ciocanu, dr. hab. în șt. med., prof. univ., Victor Savin, dr. în șt. med., conf. univ., recenzenți ai prezentei lucrări, pentru sugestii și recomandări prețioase.

Considerăm că subiectele abordate în lucrare vor contribui la elaborarea politicilor și programelor în domeniul asistenței medicale primare.

AUTORII

LISTA ABREVIERILOR

AIHA – Asociaţia Americană Internaţională de Sănătate
AMP – asistenţă medicală primară
AMT – Asociaţie Medicală Teritorială
AOAM – asigurări obligatorii de asistenţă medicală
APC – administraţie publică centrală
APL – administraţie publică locală
BM – Banca Mondială
CCD – Centrul Consultativ de Diagnostic
CMF – Centrul Medicilor de Familie
CMSP – Centrul Municipal de Sănătate Publică
CNAM – Compania Naţională de Asigurări în Medicină
CS – Centru de Sănătate
CUAMP – Clinica Universitară de AsistenţăMedicală Primară
EUPHA – Asociaţia Europeană de Sănătate Publică
IMSP – Instituţie Medico–Sanitară Publică
MF – medic de familie
MS – Ministerul Sănătăţii
OMF – Oficiul Medicului de Familie
OMS – Organizaţia Mondială a Sănătăţii
ONU – Organizaţia Naţiunilor Unite
SMART – specific, măsurabil, abordabil, relevant, încadrat în timp
UE – Uniunea Europeană
UNICEF – Fondul Naţiunilor Unite Pentru Copii
USAID – Agenţia de Dezvoltare din SUA
WONCA – Asociaţia Mondială a Medicilor de Familie

INTRODUCERE

Cel mai mare tezaur al unui stat este poporul său, cu precădere populaţia sănătoasă, deoarece anume aceasta este forţa ce determină în mod decisiv dezvoltarea şi prosperarea lui. Conform declaraţiei Organizaţiei Naţiunilor Unite (ONU), sănătatea este una dintre derivatele dreptului fundamental al omului la viaţă.

Sănătatea este nu numai o problemă individuală, ci şi una socială, complexă, multicomponentă, care influenţează întreaga societate. În acest context, orice reformă socioeconomică implică evidenţierea problemelor proprii etapei precedente. Aceste probleme impun o rezolvare promptă, la un nivel calitativ nou, net superior [2, 32, 49, 100, 116, 131, 160].

Speranţa de viaţă a populaţiei, nivelul şi dinamica pozitivă a indicatorilor demografici şi a morbidităţii populaţiei sunt indicii care demonstrează eficienţa politicii sociale în medicină, care pot fi menţinute la nivelul dorit prin promovarea unor reforme eficiente şi de perspectivă.

Starea de sănătate a populaţiei Republicii Moldova din anii ’90 ai secolului XX impunea elaborarea unor noi strategii de reformare şi de reorganizare a sistemului de sănătate, axate pe problemele omului sănătos [2, 32, 49, 116].

Republica Moldova a promovat reforme fundamentale în sistemul medical, cu scopul de obţinere a performanţelor în acest sistem. Aceste reforme s-au bazat pe principii noi de finanţare şi organizare a asistenţei medicale primare şi secundare, cu debutul dezvoltării medicinii private etc. Ele au inclus trecerea graduală de la etapa de prestare a serviciilor de asistenţă medicală asigurată integral în mod gratuit de către Stat la etapa de acordare a asistenţei medicale gratuite minime

garantate de Stat, paralel cu prestarea serviciilor medicale contra plată (anii 1997–2003).

Începând cu anii 2000–2001, în Republica Moldova au fost delimitate două sectoare de asistenţă medicală acordată populaţiei, finanţate independent: 1) sectorul de asistenţă medicală primară, 2) sectorul spitalicesc [2, 32, 49].

Cea mai importantă schimbare a fost separarea serviciului de asistenţă medicală primară de cel spitalicesc şi accentuarea rolului medicului de familie (în municipiul Chișinău acest proces a debutat în anul 1995, în republică–în 1999–2003 şi repetat în anul 2008) [116].

Medicina de familie este cea mai cost–eficientă formă de organizare a asistenţei medicale, care oferă posibilitatea de a vedea persoana, familia integral, în sănătate şi boală; este medicina „de prevenire", prin depistarea activă a stărilor premorbide şi a bolilor, prin educaţie sanitară şi numeroase activităţi preventive [32, 86, 116].

Prin implementarea medicinii de familie au fost soluţionate următoarele probleme:

- au fost elaborate legi şi regulamente fundamentale pentru crearea unui mediu favorabil pentru MF şi reformele în domeniul AMP; a fost recunoscută medicina de familie ca specialitate;
- sistemul trivalent al asistenţei pediatrice, sănătăţii femeii şi policlinicile pentru adulţi au fost comasate în AMP ce prestează servicii tuturor cetăţenilor;
- legislaţia a stipulat volumul şi conţinutul serviciilor din domeniul AMP, care au fost clar definite în pachetul esenţial de servicii garantat de Stat;
- un număr impunător de instituţii de AMP au fost

renovate şi reconstruite cu ajutorul asistenţei financiare a Fondului de Investiţii în Sănătate al Băncii Mondiale;

- beneficiarii de servicii medicale au posibilitatea de a alege medicul de familie şi instituţia medicală;
- a fost realizată o optimizare remarcabilă a sectorului spitalicesc, cea mai substanţială reformă, prin eficientizarea finanţării şi alocării resurselor în toate domeniile sectorului sănătăţii.

În perioada 2003–2004, reforma sistemului de sănătate s-a rezumat la reorganizarea asistenţei medicale de urgenţă prespitalicească, fiind instituită o structură centralizată în subordinea Ministerului Sănătăţii.

Următoarea etapă importantă în procesul de reformare în sănătate s-a început odată cu implementarea **asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală** (AOAM) în anul 2004. Asigurările obligatorii de asistenţă medicală în Politica europeană de sănătate (Health 2020) reprezintă un efort participativ şi colectiv în formarea sănătăţii, sănătatea fiind un obiectiv al întregului guvern [2, 32, 49].

Procesul reformelor nu a fost unul simplu: a fost necesar de a înlătura un şir de factori negativi, mai ales subiectivismul în aprecierea priorităţilor strategiilor de reformare; lipsa mecanismelor eficiente de creştere a calităţii serviciilor medicale; prezenţa disproporţiilor esenţiale în structurile sistemului naţional de sănătate (cheltuieli preponderent pentru sectorul spitalicesc, implicarea pe larg a medicilor-specialişti în consultarea pacienţilor în condiţii de ambulatoriu, nivelul înalt de spitalizare a pacienţilor, asigurarea insuficientă a serviciului de asistenţă medicală primară cu medici pregătiţi în medicina de familie) [132, 139].

Modelul asigurării obligatorii de asistenţă medicală, aplicat

în Republica Moldova, conţine elemente comune pentru sistemele de asigurări sociale de sănătate întâlnite şi în alte ţări, în special în cele europene, şi are la bază următoarele principii-cheie: *solidaritatea* – principiul fundamental al asigurărilor sociale de sănătate, care înseamnă că cei sănătoşi plătesc pentru cei bolnavi, cei tineri pentru cei bătrâni şi cei bogaţi pentru cei săraci; *echitatea în acordarea serviciilor de sănătate,* inclusiv pentru persoanele din grupuri socialmente vulnerabile; *accesul universal* al populaţiei la servicii de sănătate, cu un accent deosebit pe serviciile de asistenţă medicală primară şi profilaxia maladiilor. Modelul propus nu exclude posibilitatea şi chiar încurajează existenţa asigurărilor facultative de sănătate [47, 58, 218].

Prin implementarea AOAM au fost obţinute următoarele rezultate pozitive: creşterea substanţială a finanţării sistemului de sănătate; formarea unui fond unic centralizat, care permite redistribuirea riscurilor; schimbarea statutului instituţiilor medicale şi finanţarea lor pe bază de contract; aprobarea Programului Unic de servicii medicale; sporirea accesului populaţiei la servicii medicale; reducerea poverii financiare a persoanelor în caz de îmbolnăvire [47, 58, 218].

Odată cu implementarea AOAM a fost creată baza unei economii de piaţă în domeniul sănătăţii, prin modificarea mecanismului de finanţare şi contractare a prestatorilor de servicii medicale. În acelaşi timp, aplicarea sistemului de asigurări obligatorii de asistenţă medicală a pus în evidenţă un şir de neajunsuri, generate preponderent de experienţa redusă a actorilor din domeniul sănătăţii şi perioada relativ scurtă de la implementarea lor, mecanismele de colectare a contribuţiilor de asigurare neajustate pe deplin, imperfecţiunea legislaţiei cu

privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală etc. [47, 58, 218].

Impactul implementării AOAM în sectorul AMP poate fi descris prin următorii paşi importanţi:

- a fost creat sistemul unui singur plătitor, care permite integrarea veniturilor de stat cu contribuţiile fondurilor AOAM;
- au fost introduse cu succes noi metode de contractare a prestatorilor din AMP, în baza unui mecanism simplu pe cap de locuitor;
- s-a înregistrat un succes deosebit în sporirea cotei de finanţare destinate AMP, prin stipularea clară în legislaţie a faptului că 35% din cheltuielile publice pentru sănătate trebuie alocate serviciului de AMP;
- a fost introdus un pachet de servicii esenţiale garantate de Stat pentru întreaga populaţie, indiferent dacă persoana posedă sau nu poliţă de asigurare de sănătate;
- există o acoperire excelentă cu imunizări şi o distribuire rezonabil de mare a prestării serviciilor esenţiale de AMP în toate regiunile;
- se constată o diferenţă statistic semnificativă în aplicarea procedurilor medicale, utilizarea utilajului medical în momentul prestării serviciilor în cadrul AMP, prestarea serviciilor de promovare a sănătăţii, precum şi gestionarea contactului primar şi afecţiunilor cronice din partea medicilor de familie din regiunile aflate la o etapă avansată a reformelor, comparativ cu cele din regiunile la o etapă intermediară sau timpurie a reformelor.

Astăzi sectorul sănătăţii din Republica Moldova se află la o etapă dificilă de trecere de la creşterea cantitativă a serviciilor medicale prestate populaţiei, susţinută pe parcursul ultimilor

ani, la îmbunătăţirea calităţii acestor servicii [53, 82, 87].

Reformarea sistemului de sănătate, pe lângă efecte pozitive, a generat şi un şir de probleme şi incertitudini. Pentru argumentarea ştiinţifică a măsurilor de soluţionare a problemelor respective, sub conducerea profesorilor universitari D. Tintiuc şi C. Eţco, au fost abordate 9 aspecte diferite ale medicinii de familie şi ale asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală. Menţionăm că actualmente există cercetări ştiinţifice consacrate asistenţei medicale primare (Ciobanu M., 1997 [28], Moraru C., 2003 [78], Savin V., 2003 [100], Nemerenco A., 2008 [86], inclusiv în condiţiile municipiului Chişinău, precum şi cercetări ştiinţifice consacrate asigurării de sănătate (Malanciuc Yu., 2006 [74], Idricean V., 2006 [70], Ciocanu M., 2008 [32], Buga M., 2011 [17]). Lipsesc lucrări ştiinţifice privitor la particularităţile asistenţei medicale primare în municipiul Chişinău în perioada implementării AOAM.

Rezultatele cercetărilor ştiinţifice au demonstrat că sporirea accesibilităţii serviciilor primare de sănătate, precum şi creşterea calităţii acestora depind fundamental de modul de organizare a lor. Totodată, există o convergenţă între modelele de organizare şi furnizare a serviciilor primare de sănătate la nivel naţional şi la nivelul municipiului Chişinău.

Estimarea riscului ocupaţional al medicilor de familie nu este reflectată în studiile ştiinţifice efectuate până în prezent. Nomenclatorul indicatorilor de evaluare a activităţii serviciului AMP aprobat nu conţine criterii care ar permite estimarea cantitativă a calităţii serviciilor medicale la nivel individual şi instituţional.

1. PARTICULARITĂŢILE DE ORGANIZARE A SERVICIULUI DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

1.1. Asistenţa medicală primară: principii de organizare

Asistenţa medicală primară (AMP) în sistemul sănătăţii, conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, este definită drept asistenţă esenţială a stării de sănătate, fiind primul nivel de contact al pacientului, familiei şi comunităţii cu sistemul de sănătate. În cadrul AMP se iau deciziile iniţiale referitoare la desfăşurarea acţiunilor de care are nevoie pacientul. Asistenţa medicală primară presupune un sistem de servicii medicale bine organizat şi accesibil populaţiei.

Asistenţa medicală primară este atotcuprinzătoare, fiind acordată în cazul maladiilor la diferite etape ale vieţii. Ea poartă un caracter sistematic şi nu se limitează la o simplă îngrijire a pacientului. Medicii de familie sunt cei care îndeplinesc funcţia de coordonator şi supraveghează nu numai tratamentul pacientului, ci şi alte activităţi, ca profilaxia, unele servicii de reabilitare.

Pentru a asigura o calitate înaltă a asistenţei medicale, medicul de familie (MF) el trebuie să cunoască condiţiile de viaţă ale pacientului, starea lui familială, nivelul de cultură şi situaţia epidemiologică sau ecologică a localităţii. Pentru realizarea acestor scopuri, este foarte important ca între medic şi pacient să se formeze relaţii de durată, bazate pe colaborare, înţelegere şi respect. Şi mai important este faptul ca în activitatea medicului de familie să fie atrasă şi implicată comunitatea, problemele sănătăţii fiind nu numai problemele medicilor şi ale sectorului de ocrotire a sănătăţii, ci şi ale întregii societăţi [14, 48, 73, 80, 85, 152, 155].

Rolul important al asistenţei medicale primare în asigurarea

accesului populaţiei la servicii medicale calitative a determinat subiectul discuţiilor din cadrul multiplelor conferinţe şi congrese internaţionale. În anul 1973, OMS defineşte elementele-cheie ale echipei de asistenţă primară: medicul de familie, nursa şi asistentul social. Suplimentar, OMS a subliniat importanţa deciziilor coordonate în ocrotirea sănătăţii populaţiei.

Medicul de familie este figura centrală a asistenţei medicale primare, un „portar" („gate–keeper") al sistemului sănătăţii, cu cel mai important rol în asigurarea sănătăţii publice, fiind în acelaşi timp şi un „avocat" al pacienţilor săi [86].

Medicina de familie este una dintre cele mai vechi specialităţi ale medicinii. Medici-generalişti au existat încă din vremurile străvechi, mai târziu au apărut medici personali, apoi de curte etc. După cum menţionează Filip de Acarnia, medicul curţii lui Alexandru Macedon, medicii personali rezolvau toate problemele de sănătate ale pacienţilor lor, deoarece exista o mare încredere în ei.

Aplicarea în practică a medicinii de familie contemporane s-a început în perioada celui de-al Doilea Război Mondial. Cu toate acestea, doar în anii '60 ai secolului trecut ea a fost confirmată oficial în diferite ţări. Anul apariţiei medicinii de familie este considerat 1969. Prima Asociaţie Internaţională a Medicilor de Familie a fost creată în SUA în anul 1972 [238]

În anul 1975, directorul general al OMS, dr. Halfdan Mahler, a lansat conceptul „Sănătate pentru toţi până în secolul XXI", propunând „*o acţiune urgentă pentru a o realiza în 25 de ani*" (Djukonovic şi Mach, 1975). În acelaşi an, după publicarea cărţii „Soluţii alternative în satisfacerea nevoilor de sănătate de bază", a fost adoptată prima Rezoluţie (OMS 3043)

referitoare la îngrijirile primare de sănătate, reprezentând o strategie pentru atingerea obiectivului sănătăţii pentru toţi până în anul 2000 [15, 32, 43, 49, 52, 57].

Diversele activităţi desfăşurate în această direcţie au culminat cu organizarea de către UNICEF şi OMS a unei întâlniri internaţionale la Alma-Ata, în 1978, la care au participat reprezentanţi ai 134 de guverne şi 67 de organizaţii internaţionale. Documentul fundamental al conferinţei a fost „Declaraţia de la Alma-Ata", în care se exprimă necesitatea unei acţiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a lucrătorilor din domeniul sănătăţii şi a comunităţii mondiale pentru promovarea sănătăţii popoarelor lumii.

În declaraţia adoptată, pentru prima dată a fost stipulat că AMP este asistenţa medicală esenţială, universal accesibilă pentru indivizii şi familiile din comunitate, se acordă prin metode acceptate de ei, cu participarea lor deplină, la un preţ pe care comunitatea şi ţara poate să şi-l permită. Un alt amendament al respectivei declaraţii este faptul că sănătatea este dreptul de bază al omului şi că guvernele sunt responsabile de asigurarea acestui drept cetăţenilor săi, precum şi de elaborarea strategiilor corespunzătoare, necesare pentru atingerea acestui scop.

De asemenea, această conferinţă a devenit crucială pentru sănătatea publică, deoarece pentru prima dată: *a declarat* prioritară dezvoltarea asistenţei medicale primare, *a evidenţiat* participarea la planificarea şi implementarea măsurilor de asigurare a populaţiei cu asistenţă medico-sanitară, *a invocat* necesitatea utilizării tehnologiilor medicale argumentate ştiinţific şi socioeconomic, *a subliniat* necesitatea coordonării intersectoriale a activităţilor sanitare publice.

Strategiile elaborate în cadrul acestei conferinţe au fost aprobate la Reuniunea Mondială a Sănătăţii în anul 1979, prin Rezoluţia OMS 32.30. Ulterior, aceste strategii au fost dezvoltate în cadrul mai multor conferinţe şi foruri internaţionale, printre care: Conferinţa Internaţională de la Peruga, Italia (1991); Conferinţa Internaţională de la Bethesda, Maryland, SUA (1993); Conferinţa Organizaţiilor Europene SIMG, WONCA–Europa, UEMO, Strasbourg (1995); Conferinţa OMS de la Ljubljana, Slovenia (1996); Conferinţa Mondială de la Edinburg, Scoţia (1998); Conferinţa Internaţională „Politica de reformă sanitară şi asistenţă primară în România şi ţările din estul Europei" de la Sinaia, România, etc. [5, 15, 73, 166, 192, 217, 235].

Aprobarea universală a principiilor AMP a favorizat crearea unei noi culturi a sistemului sănătăţii, care nu numai include, dar şi se extinde peste hotarele determinismului biomedical [219].

Între anii '70 şi '80 ai secolului trecut, ţările europene au început să-şi organizeze serviciile medicale astfel ca ele să devină cât mai eficiente şi coerente, insuficienţa serviciilor medicale existente anterior fiind considerată lipsă de receptivitate la necesităţile populaţiei [117, 144, 160,].

Mai târziu, în 1996, în cadrul unei întâlniri ce s-a desfăşurat în Ljubljana, Slovenia, a fost formulată „Carta Reformării Asistenţei Sanitare". Aceasta s-a referit la reformarea sistemelor de sănătate, cu elemente fundamentale ale îngrijirilor primare de sănătate. Restructurarea serviciilor de sănătate a pus accent pe strategii bine concepute de transfer, la necesitate, a îngrijirilor spitaliceşti spre îngrijirile de sănătate primare, inclusiv comunitare, sau la domiciliu [119].

Astăzi, în contextul sistemului european de sănătate, conceptul asistenţei primare poate fi înţeles în mai multe feluri: în funcţie de ţară, de modalitatea de referire a pacienţilor către alte nivele de asistenţă medicală, de stabilirea clară a unor funcţii şi activităţi, îndeplinirea acestor funcţii şi activităţi, stabilirea unor caracteristici şi reguli clare pentru organizarea serviciilor medicale etc. [50, 53, 54, 117, 144, 156].

Organizatoric AMP a fost structurată variat. Aceasta acoperă întreg spectrul, fiind bine configurată în unele ţări ca serviciu cu profit în sectorul privat, în altele – ca serviciu public, furnizat de angajaţi salarizaţi. AMP poate fi asigurată de practica medicului de familie de unul singur (solo), practica în grup, organizată prin asocierea mai multor medici de familie, practica în centre de sănătate publice sau private, Centre de Sănătate ocupaţională sau policlinici [56, 58, 59, 60, 155, 159, 160].

Pentru a face o comparaţie a particularităţilor de organizare şi a principiilor AMP din diferite ţări, a fost analizată experienţa statelor europene. Conform cercetărilor efectuate, în diverse ţări ale Europei organizarea AMP este diferită, dar, în acelaşi timp, are şi multe laturi comune. Comun este faptul că bugetul destinat asistenţei medicale primare este separat de întregul buget destinat sistemului de sănătate (Andora – 25%, Grecia – 40%, România – 30%, Slovenia – 26,4%, Spania – 15% fără medicamente; Turcia – 60,7% împreună cu sectorul preventiv, Marea Britanie – 32%) [137–140, 166].

Diferenţele se referă la modalităţile de remunerare a medicilor de familie şi, respectiv, de creare a listelor pacienţilor deserviţi. De asemenea, există multiple păreri în ceea ce priveşte activitatea medicilor-specialişti.

În unele ţări, cum sunt Bulgaria, Ungaria, Grecia, Israel, Islanda, Spania, Lituania, Norvegia, Polonia, Portugalia, România, Slovacia, Slovenia, Turcia (teoretic), Finlanda, Croaţia, Suedia şi Estonia, pacienţii se adresează pentru a obţine servicii primare conform principiului teritorial-geografic. În Bulgaria, Israel, Spania şi Portugalia se utilizează listele de înscriere la medicii de familie [142,143, 145, 166].

Implementarea sistemului de înscriere pe liste la medicul din sectorul primar este determinată drept strategie în Ungaria, Norvegia, România, Slovacia, Slovenia, Turcia şi Finlanda şi este cauzată de modificările remunerării medicului de profil general [82, 154, 160, 166].

În Danemarca, Irlanda, Italia, Olanda şi Marea Britanie, fiecare medic de familie are lista pacienţilor concreţi. Aici medicii sunt nevoiţi să-şi caute de lucru sau sunt antreprenori individuali. Deosebirea esenţială a acestui sistem faţă de cel din Portugalia şi Spania este că aici medicul din sectorul primar este remunerat în baza salariului. Comun pentru ambele sisteme este faptul că medicul de familie, atât în Spania, Portugalia, România, cât şi în Danemarca, Irlanda, Italia şi Marea Britanie, este veriga de legătură între AMP, asistenţa medicală secundară şi cea terţiară [82, 83, 84, 154, 161, 162, 166].

În Danemarca şi în Irlanda, pacienţii care posedă asigurări medicale (3% şi 60% din populaţie corespunzător) nu sunt obligaţi de să se înscrie în listele medicilor de familie. În Olanda, persoanele care posedă asigurare medicală de stat (61% din populaţie) sunt obligate să fie înregistrate la medicul de familie, iar persoanele asigurate în companii private nu sunt obligate să se înscrie în listele respective (de fapt, în practică

mulţi decid singuri în ce listă să se înregistreze). În Italia, copiii până la vârsta de 14 ani sunt înregistraţi la medicii-pediatri ce activează în sectorul medical primar [82, 161,162, 166].

În Austria, Belgia, Germania, Luxemburg, Franţa, Republica Cehă şi Elveţia nu există liste ale pacienţilor după regiuni teritoriale concrete şi pacienţii se adresează la orice medic (la medicul de profil general sau la specialist). Republica Cehă a stabilit modalitatea de deservire după „regiuni nedeterminate", conform căreia pacienţii au acces nemijlocit la toţi medicii. Remunerarea medicilor în aceste ţări se efectuează în baza serviciilor prestate [154, 164, 165].

Se observă o diferenţiere a modalităţii de asigurare a vizitelor la domiciliu. Vizitele active la domiciliu în timpul de lucru în majoritatea ţărilor europene sunt efectuate de către medicul de familie, pe când în Spania, Slovenia şi Turcia există un serviciu special pentru vizite la domiciliu, iar în Marea Britanie aceste vizite sunt înfăptuite de către nurse. Vizitele pentru stările acute în afara orelor de lucru sunt efectuate de serviciile speciale şi doar în Italia – de către medicul de familie pe lista căruia este înscris pacientul. Integrarea serviciului de asistenţă medicală primară cu cel secundar şi terţiar, de asemenea, este organizată diferit în diverse ţări. Atunci când medicii sectorului primar se pronunţă în calitate de verigă de legătură, ei hotărăsc când şi cui să încredinţeze tratamentul pacientului respectiv (cu excepţia cazurilor de urgenţă). În multe ţări, însă, medicii posedă competenţă deplină vizând această întrebare. În alte state anume pacientul decide cărui medic să se adreseze.

Medicii serviciului medical primar au rol principal în Danemarca, Irlanda, Spania, Italia, Olanda, Norvegia,

Portugalia, România, Slovenia, Marea Britanie, Finlanda şi Croaţia. În Danemarca pacienţii asiguraţi de stat au acces nelimitat şi la serviciile medicilor-specialişti. În Italia, pacienţii se pot adresa direct la medicii-oftalmologi, stomatologi, obstetricieni-ginecologi şi pediatri. O situaţie analogică este caracteristică şi pentru Spania (cu excepţia faptului că femeile nu se pot adresa nemijlocit la obstetricianul-ginecolog). În Spania, Italia şi Portugalia, cu precădere în oraşele mari, persoanele asigurate material se adresează la medicul de familie după consultarea medicului-specialist personal. Acest lucru este necesar pentru a primi îndreptare la efectuarea procedurilor de diagnostic şi terapeutice sau pentru primirea reţetelor oficiale şi a buletinelor de boală. Acest fenomen este numit „îndreptare inversă". Dacă medicii-specialişti acordă servicii în situaţii neprevăzute, fără trimitere preventivă, permisul de primire a serviciului acordat se eliberează prin „îndreptare ulterioară". Serviciile cu durată lungă de acordare a consultaţiei specialiştilor, la expirarea unui an, necesită reîndreptare - „îndreptare prelungită". În Portugalia şi Spania, pacienţii preferă serviciile urgente, pentru a avea acces la medicii-specialişti în staţionarele de stat. În Norvegia, medicii-specialişti pot deservi pacienţii numai după îndreptare, cu toate acestea, 10% din bolnavi se adresează direct la specialişti, dar numai la cei din sectorul privat [157, 166].

În Austria, Andora, Belgia, Bulgaria, Republica Cehă, Elveţia, Estonia, Franţa, Germania, Grecia, Israel, Islanda, Letonia, Lituania, Luxemburg, Polonia, Slovacia, Suedia, Turcia şi Ungaria pacienţii se pot adresa direct la medicii-specialişti, fără a avea îndreptare de la medicul sectorului primar. În Belgia, Elveţia, Luxemburg şi Franţa, pacienţii aleg

liber medicul de familie şi medicul-specialist. De asemenea, ei pot alege între instituţiile de stat şi cele private şi între tratamentul de ambulatoriu sau de staţionar. În Germania, pentru tratamentul în condiţii de staţionar pacienţii trebuie să aibă îndreptare de la medicul de la locul de muncă sau medicul de profil general, sau medicul-specialist. În aceste ţări nu există o divizare concretă între serviciile primare şi cele secundare, ceea ce frecvent duce la dublarea activităţilor medicilor şi la majorarea concurenţei dintre ei [157, 166].

În Ungaria, din 1992 s-a acordat prioritate medicilor sectorului primar, care trebuie să selecteze la ce medic-specialist trebuie să se adreseze pacienţii. Încercări similare se efectuează şi în Polonia. În Bulgaria, Letonia, Lituania, Slovacia şi Estonia, sistemul sănătăţii se bazează pe medicii-specialişti, care deservesc bolnavii atât în staţionar, cât şi în condiţii de ambulatoriu [84, 161, 162, 166, 234].

În aşa ţări ca Ucraina, Belorusia şi Federaţia Rusă nu au fost înregistrate reforme în sistemul de asistenţă medicală primară. Aceste ţări au moştenit sistemul vechi sovietic de policlinici, adesea aflate în subordinea spitalelor, cu păstrarea deservirii pe bază de sex şi vârstă: internişti, pediatri, ginecologi şi un număr foarte mare de medici-specialişti la nivel de ambulatoriu.

Asigurarea medicilor de familie cu echipament medical, de asemenea, diferă mult de la o ţară la alta: în Germania, Lituania, Olanda, Elveţia şi ţările nordice, oficiile medicilor de familie sunt mai bine dotate cu echipament medical. Cu un volum relativ mai redus activează MF din Cehia, Ungaria, Italia, Polonia, Portugalia şi România. Deşi în Italia şi Portugalia medicii de familie sunt pe post de „portari” şi au demonstrat abilităţi profesionale înalte în soluţionarea

problemelor, nici ei nu sunt asiguraţi suficient cu echipament medical necesar, fapt ce influenţează negativ procesul de diagnosticare, tratament, precum şi cel de referire. În Belgia şi Marea Britanie, mai mult de 75% din medicii de familie au servicii de radiologie şi de laborator la dispoziţia lor, cu un sistem de raportare rapidă a rezultatelor. Multe ţări cu o asigurare bună a medicilor de familie cu echipament medical de bază au, însă, un acces redus la serviciile radiologice şi de laborator [149, 161, 165].

Totodată, satisfacţia medicilor de familie în urma activităţii lor diferă de la ţară la ţară şi nu depinde de asigurarea cu echipament sau accesul la alte facilităţi. Marea majoritate a MF sunt interesaţi de munca pe care o practică şi doar 14% din ei ar prefera o altă muncă, fiind nemulţumiţi de cea pe care o prestează. 70% din medicii de familie remarcă o suprasolicitare cu muncă de rutină. Raportul dintre efortul depus şi remunerare nu este în favoarea ultimei, ba chiar se înregistrează o remunerare sub nivelul mediu în multe dintre ţările Europei de Sud-Est. 50% din medicii de familie consideră că o parte din activităţile lor nu au niciun sens (Bulgaria, Finlanda, Italia, Lituania, Olanda, Portugalia, România şi Marea Britanie). De asemenea, medicii de familie din ţările în care ei au rol de „portar” au menţionat o satisfacţie mai mică decât cei care nu joacă acest rol, posibil şi din cauza că nu este simplu de a efectua o selectare corectă pentru a exclude problemele puţin rezonabile [23, 165].

1.2. Asistenţa medicală primară din municipiul Chișinău: scurt istoric

Istoria AMP din municipiul Chișinău începe odată cu fondarea oraşului, în anul 1466. Pe atunci se practica mai mult medicina populară, acordată de către moaşe, care primeau naşterile şi aveau grijă de lăuze, sau de „vrăciuitorii divini", care puteau efectua venesecţii, aplica lipitori, pansa plăgi şi prepara unele medicamente ca tinctură, unguent [183].

În secolele XIV–XVIII, dezvoltarea medicinii a fost precară. Această perioadă a fost marcată de crearea „Corporaţiei nevoiaşilor" de către Ştefan cel Mare (1480), de adoptarea primului act legislativ „Pravila lui Vasile Lupu" (1646), care cuprindea cerinţe sanitare; de strălucitele lucrări de talie europeană ale lui Dimitrie Cantemir (1716), care dezvăluiau unele deprinderi ale medicinii practice, şi de instituirea funcţiei de medic în 1775 de către Alexandru Ipsilante [183, 190].

Asistenţa medicală, inclusiv cea primară, s-a dezvoltat mai intens în secolul XIX. În ianuarie 1813, la Chișinău a fost fondată Administraţia medicală a Basarabiei, care a devenit organul medico–sanitar central, în care activau 10 persoane. Au fost instituite aşa-numitele farmacopolii (ambulatoriu cu farmacie) bine înzestrate. În anul 1828 a fost efectuată prima reformă a sistemului sanitar din Basarabia. Către această perioadă, asistenţa medicală era bine organizată administrativ, separată pe specialităţi. În Chișinău activau medici cu diplomă, funcţionau staţionare şi farmacii [183, 190].

Anii '70 ai sec. XIX s-au marcat prin crearea medicinii de zemstvă. În Chișinău administraţia de zemstvă a fost fondată în 1869 şi consta din inspector, operator, obstetrician, doi medici superiori, doi medici inferiori şi alt personal.

Pentru medicina de zemstvă era prioritară dezvoltarea staţionarelor, fără a accentua rolul asistenţei medicale primare. Tot în această perioadă a fost convocată primele congrese medicale (în total au fost organizate 9 congrese de gubernie), la care se discutau problemele organizatorice ale medicinii [183]. Cu toate acestea, atât medicina practică, cât şi ştiinţa medicală s-au dezvoltat lent şi la finele perioadei de zemstvă activau medici cu studii şi medici de practică liberă. În anul 1912, în total în Basarabia activau 248 de medici, inclusiv 31 femei. În oraşe activau 138 de medici sau 4,5 la 10 000 populaţie urbană.

În anii 1914–1918, medicina de zemstvă nu a căpătat o dezvoltare mai amplă. Cu privire la această perioadă putem remarca doar faptul că în anul 1916 a fost elaborată legea sanitară, sub îndrumarea lui Ion Cantacuzino, considerat ctitor al specialităţii de medicină generală. În perioada Primului Război Mondial, medicina de zemstvă îşi încetează treptat activitatea şi se observă o tendinţă de dezvoltare a chirurgiei [183, 190].

În anii 1918–1940, Basarabia este parte integrantă a României şi AMP se consolidează prin „Legea sanitară" din 1930. La baza activităţii de asistenţă medicală primară şi a activităţii de profilaxie se află circumscripţiile sanitare urbane şi rurale. Anume în această perioadă are loc deplasarea accentului de la asistenţa spitalicească la cea primară. Chiar şi în oraşele mari, activitatea medicilor se desfăşoară sub forma medicinii de familie (ca serviciu de stat), sau sub forma cabinetelor particulare (care prevalau ca număr faţă de cele de stat). Erau deschise 18 ambulatorii în oraşe şi 134 în sate, în care activau, de asemenea, şi agenţi sanitari ce nu aveau studii medicale şi răspundeau mai mult de starea sanitară a populaţiei

(rol de poliţie sanitară). În Chișinău funcţionau puncte de ambulatoriu şi peste 200 de cabinete particulare [78, 183, 190].

Anii celui de-al Doilea Război Mondial, în istoria medicinii, se caracterizează prin distrugeri masive ale instituţiilor medicale (82,2%) şi o creştere bruscă a morbidităţii prin boli infecţioase. În Chișinău au fost total sau parţial distruse şi incendiate o bună parte din instituţiile medicale existente pe atunci. Anii grei de după război aveau ca prioritate lichidarea maladiilor infecţioase, reconstruirea instituţiilor medicale şi dezvoltarea ştiinţei. În acest aspect, un rol important îl are deschiderea, în octombrie 1945, a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, care a continuat şi a fortificat spectrul ştiinţei medicale din Republica Moldova.

În această perioadă, asistenţa medicală se dezvoltă după principiile sovietice, care aveau drept scop extinderea noilor instituţii medicale. Asistenţa medicală primară în oraşe se baza pe reţeaua de policlinici (separat pentru maturi şi copii), consultaţii pentru femei, policlinici stomatologice şi puncte medicale pe lângă întreprinderile mari. Reglementarea strictă a migraţiei populaţiei, atât în republică, cât şi în toată Uniunea Sovietică, sub controlul organelor de stat a fost una dintre cauzele acordării asistenţei medicale după principiul strict teritorial. Astfel, au apărut medicii-internişti şi pediatri de sector (sau, altfel spus, de circumscripţie). Treptat se crea un sistem puternic de organizare a AMP, care ulterior a devenit mândria statului sovietic şi la etapa corespunzătoare a fost apreciat pozitiv de OMS [243].

Până în anul 1947, serviciile de ambulatoriu şi cele de staţionar activau separat sub conducerea organelor administrative teritoriale. În perioada 1947–1950, prin

hotărârea Ministerului Sănătăţii din fosta Uniune, a avut loc fuzionarea serviciilor de staţionar şi de ambulatoriu, ceea ce a defavorizat asistenţa primară, dar nu a fost o piedică pentru dezvoltarea activă de mai departe a reţelei. Numărul specialiştilor sistemului primar se calcula în funcţie de numărul populaţiei deservite. În policlinicile orăşeneşti activau medici-terapeuţi şi pediatri de circumscripţie şi până la 15 medici-specialişti de profil îngust. De asemenea, drept ajutor practic medicilor activau asistentele medicale de sector. Pentru un medic de sector terapeut sau pediatru, conform normativelor, erau prevăzute 1,5 salarii de funcţie de personal medical cu studii medii. Lucrul profilactic la nivel populaţional era îndeplinit de serviciul sanitaro-epidemiologic. Sistemul creat a dat posibilitatea de a proclama cinci principii de bază ale medicinii sovietice: servicii acordate gratuit, accesibile, de calitate, înalt specializate, orientate spre profilaxie. Odată cu fuzionarea serviciilor de staţionar şi celor de ambulatoriu, ceea ce s-a manifestat mai acut la finele anilor ’60, s-a început cu o dezvoltare rapidă a staţionarelor cu specializare profundă, construcţia centrelor profilactice masive, fapt ce a dus, deja în anii ’80, la o decădere a nivelului asistenţei medicale primare şi la pierderea catastrofală a prestigiului medicilor de sector atât în rândurile populaţiei, cât şi în cercurile medicale [243].

La finele anilor ’80, a fost recunoscută oficial incapacitatea sistemului sovietic de întreţinere financiară a multiplelor instituţii medicale. Treptat, principiile sistemului sanitar sovietic au devenit doar declaraţii. Pacienţii trebuiau să-şi procure de sine stătător medicamentele. Serviciile profilactice pentru unele contingente de populaţie (lucrătorii din sfera comercială, alimentaţia publică, serviciile comunale etc.) se

acordau contra plată. Accesibilitatea serviciilor medicale prestate de către centrele medicale contemporane era limitată. Calitatea se păstra datorită calificării specialiştilor, cu restanţe mari în dezvoltarea tehnologiilor noi. Activitatea profilactică era bazată pe unele măsuri mai mult formale [243].

Această situaţie era caracteristică sistemului sănătăţii RM la începutul anilor ’90. În anii ’90 ai secolului XX, sistemul de sănătate municipal era reprezentat de 15 spitale municipale şi 5 spitale de sector în comunele şi oraşele municipiului, cu un potenţial total de circa 5770 paturi [100, 102, 103, 116].

În componenţa lor activau 17 policlinici teritoriale pentru maturi şi copii, 11 consultaţii pentru femei, 2 policlinici stomatologice şi 9 unităţi medico-sanitare pe lângă întreprinderile industriale mari, inclusiv 3 din ele întreţinute din contul bugetului local. Concomitent, pe teritoriul capitalei activau 17 instituţii medicale republicane şi 9 instituţii medicale departamentale, cu policlinici şi staţionare, având o capacitate totală de peste 10000 de paturi [100, 102, 103, 116].

Aceste date reflectă o supracapacitate de instituţii medico-sanitare în cadrul municipiului Chișinău, complexă din punct de vedere structural, dificil de dirijat, costisitoare şi orientată prioritar spre asistenţa medicală specializată în condiţii de staţionar.

Serviciile medicale de tip ambulatoriu, cu statut de subdiviziuni anexate staţionarelor, au condus la ineficienţa activităţii întregului sistem de sănătate. Reieşind din această situaţie, Direcţia sănătăţii a elaborat, în anii 1994–1995, concepţia de dezvoltare a sistemului de sănătate municipal, susţinută de Ministerul Sănătăţii şi Primărie, care consta în separarea serviciului de asistenţă medicală primară de asistenţa

medicală spitalicească şi organizarea activităţii AMP în componenţa a 5 Asociaţii Medical–Teritoriale (AMT) [100, 102, 103, 116].

În scopul trecerii treptate la medicina de familie, a fost justificată modificarea structurală a serviciilor medicale din cadrul AMT nou-create, prin comasarea policlinicilor pentru copii şi celor pentru maturi, consultaţiilor pentru femei şi organizarea în baza lor a policlinicilor teritoriale mixte şi a policlinicilor centrale în fiecare sector [100, 102, 103, 116].

Ultima etapă care a contribuit la modificarea structurii serviciului de medicină primară se caracterizează prin organizarea Centrelor Medicilor de Familie, în locul policlinicilor teritoriale mixte şi a Centrelor de Sănătate autonome în baza ambulatoriilor săteşti din suburbiile municipiului Chișinău. Fostele policlinici centrale s-au transformat în 5 CCD ale sectoarelor Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana şi Râşcani. Această modificare a structurii sistemului medical primar a fost una optimă, cu un caracter sistematizat identic în toate sectoarele şi corespunde necesităţilor reale ale populaţiei [100, 101, 102, 103].

Scopul măsurii respective a fost asigurarea accesului universal al populaţiei de diferite vârste la servicii medicale în baza unor circumscripţii optime în teritoriul subordonat. S-au creat premise pentru concentrarea activităţilor medicilor-internişti, pediatri şi obstetricieni-ginecologi într-o singură instituţie, cu întrunirea lor în echipe şi orientate către profilaxia maladiilor şi acordarea asistenţei medicale primare conform principiului teritorial.

Etapa decisivă de reformare a serviciului medical primar datează cu anul 1998 şi se caracterizează prin apariţia primilor

medici de familie în cadrul policlinicilor teritoriale mixte. În acest mod s-a creat temelia medicinii de familie în municipiul Chișinău. La începutul anului 1999 activau doar 28 de medici de familie, iar la 01.01.2000 activau deja 112. Treptat toţi medicii-internişti şi pediatri au fost instruiţi în domeniul medicinii de familie prin specializări de 4 luni şi rezidenţiat [100, 101, 102, 103].

Optimizarea treptată a structurii sistemului medical din municipiul Chișinău a permis crearea unor premise prioritare pentru AMP, cu obţinerea unei cote de finanţare şi dotări tehnice mai adecvate ale AMT. Totodată, activitatea în domeniul instruirii profesionale continue a medicilor şi asistentelor medicale de familie a devenit mai eficientă. A fost creat un program special, oferit de parteneriatul moldo–american (început în luna aprilie 2000), între Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu", Departamentul sănătăţii al municipiului Chișinău şi Universitatea de Medicină din Virginia de Est, Norfolk, SUA. Mai apoi, în cadrul acestui parteneriat a fost creat Centrul-model al medicilor de familie în AMT Botanica. Centrul a fost destinat aplicării practice a medicinii de familie şi instruirii postuniversitare a rezidenţilor, specializării medicilor-internişti şi pediatri, precum şi lucrului cu comunitatea.

Experienţa acumulată în cadrul AMT pe parcursul ultimilor 20 de ani a confirmat faptul că structura existentă a sistemului medical primar din capitală este adecvată necesităţilor, fiind amplasată mai aproape de populaţia deservită, organizată după principiul teritorial, conform particularităţilor specifice capitalei.

1.3. Asistența medicală primară în municipiul Chișinău la etapa actuală

Luând în consideraţie schimbările produse în sistemul naţional de sănătate publică, prioritizarea asistenţei medicale primare, acordarea serviciilor prin intermediul medicului de familie, asigurarea MF a rolului de „portar" („gatekeeper") al întregului sistem de sănătate în condiţiile AOAM, activităţile echipei medicului de familie trebuie organizate cât mai eficient, pentru a asigura accesul maximal populaţiei la servicii medicale de bază şi continuitatea prestării lor. În acelaşi timp, organizarea eficientă a serviciilor este una dintre cele mai sigure căi de îmbunătăţire a calităților şi de satisfacere a pacienţilor.

În acest context dorim să menţionăm savanţii premergători în studierea problemelor de organizare, management şi reforme în sectorul medical primar: dr. Mihai Ciobanu, dr. Corina Moraru, dr. Victor Savin şi dr. Ala Nemerenco. Rezultatele obţinute de cercetătorii respectivi rămân în actualitate, servind drept puncte de reper în proiectarea şi efectuarea altor studii care lărgesc şi aprofundează cunoştinţele în domeniul vizat.

În acelaşi timp, este de menţionat lipsa cercetărilor activităţii AMP din municipiu în condiţiile implementării AOAM, fapt care ne-a determinat să evidenţiem particularităţile de organizare a serviciului AMP din municipiul Chișinău în comparaţie cu raioanele republicii.

Pentru a determina particularităţile de organizare a AMP în municipiu, am recurs la meta-analiza legislaţiei în vigoare, care reglementează principiile de organizare şi activitate a instituţiilor medico-sanitare publice din serviciul de asistenţă medicală primară.

A fost ajustat pentru prima dată cadrul legislativ al asistenţei medicale primare prin Legea nr. 411 privind ocrotirea sănătăţii din 1995, cu modificările ulterioare. Treptat, statutul medicinii primare s-a modificat, creându-se premisele dezvoltării acesteia şi ajustării la standardele europene. Atunci când s-a proiectat reforma, primul gând a fost ca beneficiarii ei să fie atât pacienţii, cât şi medicii, asistentele medicale, managerii etc., adică toţi actorii din serviciul medical primar. În contextul acestui cadru juridic, CMF reprezintă unităţi sanitare cu paturi (staţionar de zi), cu personalitate juridică, asigurând servicii medicale primare.

Desfăşurarea activităţii presupune autorizarea sanitară de funcţionare, precum şi acreditarea serviciilor medicale de către Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate.

Ierarhizarea instituţiilor medico-sanitare ale serviciului AMP, înfiinţarea, reorganizarea sau desfiinţarea lor sunt de competenţa Ministerului Sănătăţii şi administraţiei publice locale.

Începând cu anul 1990, în Republica Moldova s-au înfiinţat şi instituţii medicale private, iar numărul acestora creşte permanent ca urmare a dezvoltării concurenţei şi pieţei serviciilor medicale.

Ministerul Sănătăţii organizează şi coordonează activitatea medicală a IMSP şi susţine metodic activitatea medicală a instituţiilor publice, departamentale şi private.

Potrivit Legii asigurării obligatorii de asistenţă medicală şi Legii privind dreptul fundamental al omului la sănătate, stabilit de Constituţia Republicii Moldova, Ministerul Sănătăţii, precum şi celelalte organisme guvernamentale abilitate de lege

au responsabilitatea aplicării corecte a actualului sistem şi principiilor de finanţare a serviciilor medicale.

Asistenţa medicală primară se desfăşoară la nivelul oficiilor de sănătate, oficiilor medicului de familie, Centrelor de Sănătate, Centrelor Medicilor de Familie şi al Asociaţiilor Medicale Teritoriale (în municipiul Chişinău). Prin acest tip de asistenţă medicală se asigură servicii medicale preventive şi curative pentru populaţia înscrisă pe listele medicilor de familie.

Asistenţa medicală specializată se realizează în ambulatoriu (centrele consultativ-diagnostice în municipiul Chişinău) şi secţiile consultative din spitalele raioanelor republicii.

Normele organizatorice şi de funcţionare ale unităţilor medicale se stabilesc de Ministerul Sănătăţii şi privesc responsabilităţile conducerii şi ale structurilor componente până la nivel de subunităţi (secţii, laboratoare etc.). Aceste norme se actualizează în raport cu criteriile şi condiţiile din ultimii ani, inclusiv sub aspect legislativ.

Pe lângă aspectele prezentate anterior, se constatau o serie de disfuncţionalităţi cauzate de lipsa unui sistem stimulativ de salarizare, ineficienţa activităţilor sanitare determinate de structura organizatorică supradimensională a unor unităţi medicale, programe de sănătate insuficient finanţate în domeniul prevenţiei şi tratamentului, repartizarea inegală a personalului medical în teritoriu, precum şi unele deficienţe în gestionarea fondurilor. Toate cele menţionate au fost un teren benefic pentru implementarea AOAM.

Primul pas important în reorganizarea sistemului medical a fost adoptarea Legii nr. 1585-XIII cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală din 27 februarie 1998. Astfel,

a fost garantată asigurarea cererii de servicii medicale şi s-au stabilit responsabilităţile pe fiecare nivel organizatoric.

În Republica Moldova, AOAM reprezintă principalul sistem de finanţare a sănătăţii populaţiei conform următoarelor documente legislative şi normative: Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, Contractul-tip de asigurare obligatorie, Poliţa de asigurare, modelele de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, Contractul-tip de acordare a asistenţei medicale în cadrul asigurărilor, Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, Regulamentul cu privire la statutul juridic, modul de activitate economico-financiară şi gestionare a surselor financiare ale instituţiilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, tarifele la serviciile medico-sanitare etc., acte ce actualizează organizarea şi funcţionarea sistemului de asigurări de sănătate în Republica Moldova. Aceste asigurări funcţionează centralizat pe baza principiului solidarităţii în colectarea şi utilizarea fondurilor, precum şi a dreptului de liberă alegere de către asigurat a medicului de familie şi a instituţiei medicale.

Constituirea Fondului Naţional Unic se realizează din contribuţia asiguraţilor, a persoanelor fizice şi juridice şi din subvenţiile de la bugetul de stat pentru contingentele de populaţie asigurate de stat. Administrarea Fondului Naţional Unic de Asigurări Medicale se realizează de către Compania Naţională de Asigurări în Medicină.

Contractele de furnizare a serviciilor medicale se încheie anual de către CNAM cu furnizorii serviciilor medicale, prin care stabilesc drepturile şi obligaţiile asumate în domeniul

ocrotirii sănătăţii, precum şi modalităţile de plată a furnizorilor de servicii medicale.

Aşadar, AOAM reprezintă principalul sistem de finanţare a ocrotirii şi promovării sănătăţii populaţiei, care garantează acordarea unui pachet de servicii medicale de bază.

AOAM funcţionează ca un sistem unitar, pe baza principiilor de solidaritate şi în colectarea şi utilizarea fondurilor; alegerea liberă de către asiguraţi a medicului de familie, a IMSP, acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil şi nediscriminatoriu, oricărui asigurat şi transparenţa activităţii sistemului de asigurări.

Legislaţia actuală reglementează aspectele referitoare la persoanele asigurate, drepturile şi obligaţiile asiguraţilor. Astfel, sunt asiguraţi toţi cetăţenii moldoveni cu domiciliul în ţară, precum şi cetăţenii străini şi apatrizii care au domiciliul sau reşedinţa în Republica Moldova. În această calitate au obligaţia plăţii contribuţiei de asigurare.

Calitatea de asigurat se dovedeşte cu un document justificativ–poliţa de asigurare.

Asiguraţii au dreptul la un pachet de servicii de bază care cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătăţii, medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale. Drepturile respective se stabilesc pe baza contractului-cadru, care se elaborează de CNAM.

Funcţia de organizare a serviciilor medicale vizează ansamblul proceselor de management prin intermediul cărora se stabilesc acţiunile specifice activităţilor medicale, precum şi gruparea acestora pe posturi, secţii medicale în vederea obţinerii calităţii serviciilor şi satisfacţiei pacienţilor. Astfel,

sunt supuse analizei întreaga gamă de resurse disponibile: umane, materiale, financiare şi informaţionale.

Analizele se efectuează atât la nivelul unităţii sanitare, cât şi pe principalele sale componente.

Totodată, o atenţie deosebită trebuie acordată organizării fiecărei subunităţi administrative: secţii, unităţi de primiri urgente, laboratoare clinice şi de radiologie, farmacii, ambulatorii de specialitate, compartimente financiar-contabile şi de deservire etc.

Reforma sistemului medical a schimbat filozofia de abordare a domeniului de AMP. Principala direcţie devine profilaxia. Respectăm, astfel, un principiu nu numai de viaţă, ci şi de management: profilaxia îmbolnăvirilor este întotdeauna mai eficientă decât tratamentul.

Noua doctrină adoptată de reforma sistemului ocrotirii sănătăţii a dezvoltat două alte direcţii esenţiale: schimbarea principiului de alocare a resurselor financiare şi modificarea viziunii asupra rolului medicinii primare. Medicii de familie au noi responsabilităţi, fiind totalmente implicaţi în acţiunea de prevenire şi supraveghere a maladiilor. Această ”nouă filozofie” a medicinii de familie este în favoarea pacientului.

În ultimii şapte ani, medicul de familie a devenit unul dintre cei mai importanţi parteneri ai cetăţenilor, dar şi unul dintre cele mai încurajate segmente profesionale din sistemul de sănătate. Medicul de familie este veriga cea mai importantă în realizarea Programelor naţionale pe diverse domenii de sănătate. Medicii de familie sunt implicaţi în programele de screening pentru prevenirea şi depistarea timpurie a maladiilor.

Un prim pas în evaluarea efectuată de noi a constat în analiza dezvoltării sistemului medical primar în Republica

Moldova, la etapa dată de dezvoltare. În acest scop am făcut un excurs în istoria respectivului serviciu. Apoi am utilizat metodele de cercetare: calitativă, grupul-ţintă în investigaţia socială, interviuri şi chestionare.

Pentru evidenţierea particularităţilor de organizare şi a impactului implementării AOAM în activitatea sectorului de AMP au fost organizate trei grupuri-ţintă, cu participarea a 63 persoane-specialişti în medicina de familie, manageri de nivelurile I şi II, precum şi medici-cursanţi cu funcţii de conducere ai Facultăţii de Perfecţionare a Medicilor a USMF ”Nicolae Testemiţanu”, care activează în raioanele ţării.

Noul sistem de finanţare a medicinii a fost conceput de un grup larg de cercetători în domeniu şi porneşte de la experienţa ţărilor occidentale raportată la condiţiile specifice ale republicii şi municipiului. Aşadar, AOAM în R. Moldova reprezintă principalul sistem de finanţare a ocrotirii şi promovării sănătăţii populaţiei, care garantează acordarea unui pachet de servicii medicale de bază.

Reforma AMP a fost efectuată în conformitate cu prevederile Conferinţei OMS privind reforma sistemelor de sănătate de la Ljubljana, Slovenia, 17–20 iunie 1996, care a stat la baza elaborării proiectului de reformare, care a fost aprobat prin HG RM nr. 668 din 17 iulie 1997 „Cu privire la aprobarea Concepţiei reformării sistemului asistenţei medicale din Republica Moldova în condiţiile economice noi pentru anii 1997–2003”. Atunci când s-a proiectat reforma, primul gând a fost ca beneficiarii ei să fie atât pacienţii, cât şi medicii, asistentele medicale, managerii etc., adică toţi actorii din serviciul medical primar.

În baza HG RM nr. 1134 din 9 decembrie 1997 „Cu privire

la dezvoltarea asistenţei medicale primare", a fost creată Catedra „Medicină de Familie" a USMF „Nicolae Testemiţanu", Centrul model „ Pro–San" în cadrul AMT Botanica şi Clinica Universitară de Asistenţă Medicală Primară a USMF "Nicolae Testemiţanu". A fost modificată structura organizatorică a serviciului medical primar prin instituirea funcţiei de medic de familie.

Au fost elaborate actele normative necesare pentru constituirea şi dezvoltarea serviciului medical primar.

Actualmente, activitatea serviciului medical primar este legiferată prin prevederile următoarelor documente: Legea ocrotirii sănătăţii nr. 411 din 1995; „Strategia Naţională de Dezvoltare pe anii 2008–2011"; „Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate pe perioada 2008–2017"; „Politica Naţională de Dezvoltare pe perioada 2007–2021"; Programul de activitate a Guvernului "Integrarea Europeană: Libertate, Democraţie, Bunăstare pe perioada 2010–2014"; Ordinul nr. 404 cu privire la delimitarea juridică a asistenţei medicale primare la nivel raional; „Strategia de dezvoltare a Asistenţei Medicale Primare pentru anii 2010–2013", aprobată prin ordinul MS nr. 460 din 01.07.2010.

În literatura de specialitate găsim multiple modele de organizare a activităţii medicului de familie. Noile metode de organizare, implementate în Republica Moldova şi în municipiul Chişinău, au la bază atât necesităţile populaţiei, cât şi necesităţile de dezvoltare a AMP, care au stat permanent pe agenda politică a Guvernului RM şi a MS.

Este prematur, probabil, să facem bilanţuri, dar, totuşi, putem „contabiliza" că paşii pe care i-a făcut medicina de familie din mun. Chişinău au fost adecvaţi, unii dintre ei fiind

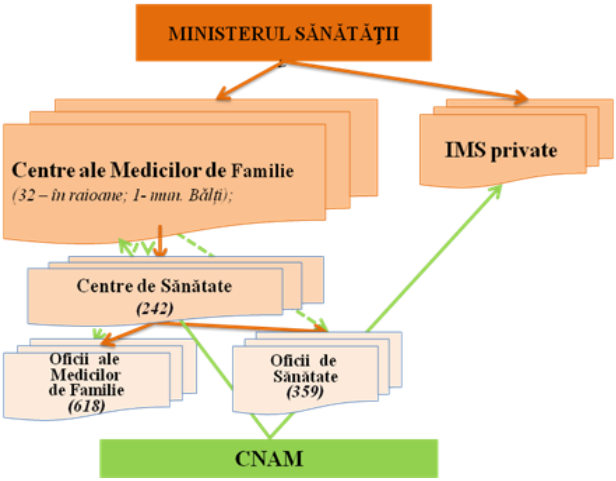
foarte importanţi şi unici.

Totalitatea unităţilor medicale ale serviciului medical primar sunt coordonate de Ministerul Sănătăţii, iar în municipiu–de Direcţia sănătăţii a Consiliului municipal Chişinău.

Măsurile de consolidare realizate în municipiu se referă, în special, la particularităţile de organizare a AMP şi sunt studiate în scopul argumentării ştiinţifice a sistemului nou creat.

Elucidarea grafică a particularităţilor organizatorice ale AMP din raioanele republicii şi din municipiul Chişinău, cu suprapunerea principiilor de finanţare, este prezentată în fig. 1.1.

Organigrama serviciului AMP în RM



Organigrama serviciului AMP în mun. Chişinău

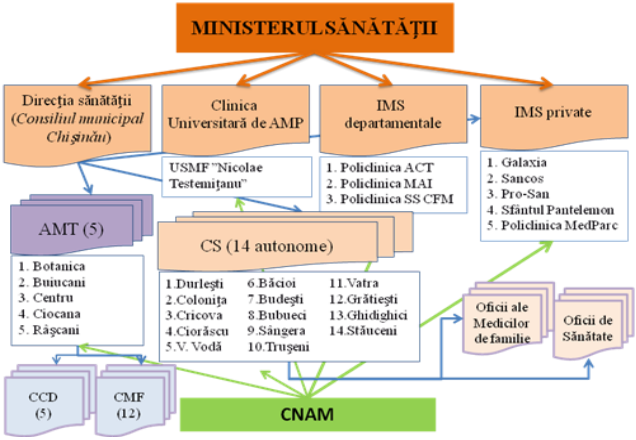


Fig. 1.1. ***Evaluarea comparativă a organizării serviciului AMP (elaborată de autor)***

Evaluarea serviciului de asistenţă medicală primară din municipiul Chişinău, în comparaţie cu cel raional, pune în evidenţă un şir de particularităţi, şi anume:

- Este prima unitate teritorial–administrativă care a promovat reformele de descentralizare, prin crearea a 14 Centre de Sănătate autonome la finele anului 2003.
- Asistenţa medicală primară şi cea specializată de ambulatoriu are o structură organizatorico-juridică unică, numită Asociaţie Medicală Teritorială, care conlucrează eficient cu structurile administraţiei publice locale.
- Numărul de populaţie deservită de AMT este neuniform şi variază în limitele 120–180 mii persoane. Numărul lucrătorilor medicali, de asemenea, este considerabil.
- Instituţiile medicale primare din municipiul Chişinău sunt mai frecvent evaluate de diverse comisii: instituţionale, ministeriale, ale Direcţiei sănătăţii municipale şi Centrului Municipal de Sănătate Publică etc..
- Statistica oficială documentează solicitarea exagerat de frecventă a consultaţiei medicilor de familie, medicilor-specialişti şi efectuarea investigaţilor paraclinice de către pacienţi, deoarece sunt asigurate maximal accesul la serviciile medicale şi conlucrarea dintre medicii.
- Pe acelaşi caz de boală pacienţii consultă mai mulţi medici, conform prevederilor Programului Unic al AOAM şi a Protocoalelor Clinice, totodată efectuând şi consultaţii contra plată. Această particularitate se datorează, pe de o parte, responsabilităţii sporite faţă de sănătatea individuală din partea populaţiei, iar pe de altă parte–neîncrederii depline în medicul de familie.
- În structura serviciului de AMP a municipiului Chişinău subordonate Direcţiei Sănătăţii a Consiliului municipal Chişinău actualmente activează 14 CS publice autonome ale suburbiilor municipiului, 4 CS private (CME “Sancos”, CSF

“Galaxia”, “Pro-San”, “Sfântul Pantelemon”), 5 AMT cu 5 CCD şi 12 CMF, care prestează servicii de asistenţă medicală primară şi servicii medicale specializate de ambulatoriu.

- Municipiul Chişinău dispune de cele mai avantajoase condiţii de liberă alegere a medicului de familie şi a instituţiei medicale, ceea ce are un impact favorabil asupra sporirii performanţelor medicilor şi a concurenţei dintre instituţiile medicale şi medici.
- În municipiul Chişinău activează centre medicale private de medicină specializată, care colaborează eficient cu instituţiile din AMP şi asigură accesul populaţiei la serviciile medicale.
- Societatea ştiinţifică de Medicină de Familie are o contribuie semnificativă pentru dezvoltarea AMP municipale. În baza instituţiilor medicale municipale activează catedrele clinice ale USMF ”Nicolae Testemiţanu”.
- Gradul de pregătire a lucrătorilor medicali şi asigurarea IMSP din AMP ale municipiului Chişinău cu cadre este net superior celui din republică.
- Se remarcă o stabilitate în activitatea directorilor: 5 directori de AMT, numiţi în funcţie în anii 1990, 1991, 1995 şi 1998.
- În municipiul Chişinău şi în cadrul Asociaţiilor Medicale Teritoriale activează o reţea bine ajustată de farmacii comunitare, care favorizează accesul populaţiei la medicamente, inclusiv la cele compensate şi parţial compensate.

Pentru o elucidare mai relevantă a particularităţilor asistenţei medicale a populaţiei în condiţiile actuale am considerat oportună investigarea opiniei medicilor vizavi de

actul medical acordat în cadrul AMP.

În fig. 1.2 ce urmează sunt prezentate cele mai importante impedimente în activitate. Datele respective au fost obţinute în baza rezultatelor anchetării, activităţii grupurilor-ţintă şi fotocronometriei (fig. 1.2.).

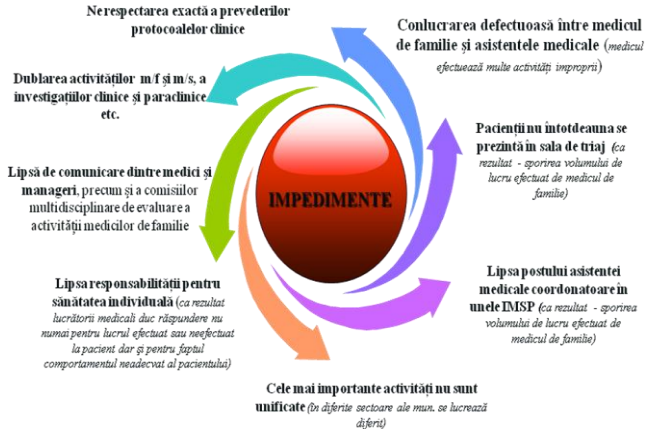

Nerespectarea exactă a prevederilor protocoalelor clinice
Conlucrarea defectuoasă între medicul de familie şi asistentele medicale (medicul efectuează multe activităţi impropri)
Dublarea activităţilor m/f şi m/s, a investigaţiilor clinice şi paraclinice etc.
Pacienţii nu întotdeauna se prezintă în sala de triaj (ca rezultat - sporirea volumului de lucru efectuat de medicul de familie)
IMPEDIMENTE
Lipsă de comunicare dintre medici şi manageri, precum şi a comisiilor multidisciplinare de evaluare a activităţii medicilor de familie
Lipsa responsabilităţii pentru sănătatea individuală (ca rezultat lucrătorii medicali duc răspundere nu numai pentru lucrul efectuat sau neefectuat la pacient dar şi pentru faptul comportamentul neadecvat al pacientului)
Lipsa postului asistentei medicale coordonatoare în unele IMSP (ca rezultat - sporirea volumului de lucru efectuat de medicul de familie)
Cele mai importante activităţi nu sunt unificate (în diferite sectoare ale mun. se lucrează diferit)

Fig. 1.2. ***Opinia medicilor de familie despre executarea actului medical***

2. STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAŢIEI MUNICIPIULUI CHIŞINĂU ÎN CONDIŢIILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ

Promovarea şi protejarea sănătăţii populaţiei pe tot parcursul vieţii reprezintă unul dintre cele mai importante obiective ale comunităţii mondiale, reflectat în „Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului" şi în Strategia „Sănătatea pentru toţi în secolul XXI" a Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii.

La finele secolului XX, ţările ex-socialiste din Europa de Est, la fel ca şi cele ex-sovietice, inclusiv Republica Moldova, s-au confruntat cu multiple probleme umane şi sociale, consecinţele dure ale proceselor de emigrare şi dezechilibrul economic, înregistrând tendinţe similare de evoluare a situaţiei demografice.

În Republica Moldova, crearea condiţiilor optime pentru realizarea maximă a potenţialului de sănătate al fiecărui cetăţean şi atingerea unor standarde adecvate de calitate a vieţii constituie scopul principal al Politicii Naţionale de Sănătate, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 6 august 2007, adoptate pentru perioada 2007–2021. Sănătatea este plasată printre valorile fundamentale ale societăţii, devenind o componentă indispensabilă a dezvoltării şi a prosperării socioeconomice a Republicii Moldova.

În acest context, menţionăm că, în ultimii 20 de ani, Republica Moldova s-a aflat într-un amplu proces de restructurare funcţională şi administrativă a sistemului de sănătate, scopul căruia a fost de a îmbunătăţi şi proteja sănătatea populaţiei sale prin intermediul unei performanţe sporite. Reformele au fost concentrate spre optimizarea fondului de paturi din instituţiile medicale spitaliceşti şi

sporirea calităţii serviciilor medicale prestate, consolidarea sectorului de asistenţă medicală primară şi celui de urgenţă, implementarea AOAM. Rezultatul imediat al reformelor de sănătate a fost sporirea resurselor financiare şi îmbunătăţirea unor indicatori fundamentali de sănătate. În acelaşi timp, menţionăm că formarea populaţiei este un proces social, care se dezvoltă sub influenţa mai multor factori. În această ordine de idei, citǎm factorii care influenţează în mod direct dinamica şi structura populaţiei: procesele inevitabile de globalizare, industrializare, urbanizare, dezvoltarea ştiinţei şi tehnicii, starea sănătăţii publice, sistemul educaţional, precum şi condiţiile socioeconomice.

Conform statisticilor oficiale ale OMS, nivelul natalităţii în Europa pe parcursul perioadei 1990–2008 a scăzut de la 14,15 până la 10,84 la 1000 populaţie şi se menţine relativ stabil.

Nivelul mortalităţii generale pe parcursul aceleiaşi perioade este în descreştere în general în ţările Europei şi constituie 9,66 la 1000 populaţie, manifestând reducere continuă în Polonia (de la 11,23 la 9,4), Cehia (de la 11,7 la 8,91), Slovacia (de la 11,4 la 9,89), Iugoslavia (de la 10,7 la 10,3). Şi mai vădită este tendinţa de micşorare a nivelului mortalităţii generale în Slovenia, ţară care înregistrează un nivel de mortalitate egal cu 7,99 la 1000 populaţie. În funcţie de nivelul mortalităţii, Moldova este raportată de către OMS la regiunea Eur-C, regiune cu nivel jos al mortalităţii infantile şi nivel înalt al mortalităţii adulte (tabelul 2.1).

Tabelul 2.1. ***Repartizarea statelor europene în funcţie de nivelul mortalităţii***

Regiunea /nivelul mortalităţii	***Descrierea***	***Mod de abordare a grupului***	***Statele-membre***
Eur-A	Nivel foarte jos al mortalităţii infantile şi celei adulte	În dezvoltare	Andorra, Austria, Belgia, Croaţia, Cipru, Cehia, Denemarca, Finlanda, Franţa etc.
Eur-B	Nivel foarte jos al mortalităţii infantile şi jos al mortalităţii adulte	În dezvoltare	Albania, Armenia, Azerbaidjan, Bosnia şi Herţegovina, Bulgaria, Georgia, Kirghizstan, Polonia etc.
Eur-C	Nivel jos al mortalităţii infantile şi nivel înalt al mortalităţii adulte	În dezvoltare	Belarus, Estonia, Ungaria, Kazahstan, Letonia, Lituania, **MOLDOVA,** Federaţia Rusă, Ucraina

Sursa: The World Health Report 2004. Changing History. WHO, p. 157.

În pofida faptului că tendinţa de reducere continuă a mortalităţii generale persistă practic în toate ţările din Europa Centrală şi de Est, inclusiv în Republica Moldova, menţinerea unui nivel scăzut al natalităţii nu permite înregistrarea unui

spor natural pozitiv al populaţiei. Astfel, conform sursei de informare citate, pe parcursul anilor 1990–2002 doar în Slovacia, Iugoslavia, Polonia, Georgia, Republica Moldova (1990–1998) s-a menţinut un spor natural pozitiv, pe când în alte ţări, aşa ca Slovenia, Bulgaria, Cehia, Ungaria, România, Belorusia, Rusia, Ucraina, acest indicator este cu semn negativ, fapt ce conduce la înregistrarea unui spor natural negativ (-0,26; -0,28) în medie pe întreg continentul european.

De menţionat faptul că procesul depopulării este condiţionat atât de scăderea naturală a numărului populaţiei, cât şi de emigraţie.

Reacţionarea promptă şi adecvată la schimbările survenite în cadrul sau în afara sistemului de sănătate, precum şi racordarea sistemului de sănătate naţional la prevederile actelor normative internaţionale gen Carta de la Tallinn, „Sănătate pentru Toţi", „Programul 2020" etc. este imposibilă fără evaluarea indicatorilor statistici de bază.

2.1. Analiza comparativă a situaţiei demografice din municipiul Chișinău până şi după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală

În urma realizării reformelor în sistemul de sănătate şi adaptării la condiţiile socioeconomice actuale, apare necesitatea efectuării studiilor speciale orientate spre determinarea particularităţilor medico-demografice şi a morbidităţii populaţiei urbane, cu utilizarea metodelor contemporane de evaluare şi analiză, orientate spre determinarea priorităţilor ce ţin de perfecţionarea şi optimizarea activităţilor în medicina de familie.

Particularităţile, legităţile şi tendinţele demografice trebuie studiate, conform opiniei profesorului M. Bednîi, nu numai din

punctul de vedere al determinantelor sociale, ci şi printr-o analiză medico-demografică [210, 220, 228].

Examinarea complexă a factorilor demografici în contextul proceselor sociale permite de a determina mecanismele de transmisie, cu ajutorul cărora are loc interacţiunea lor, şi de a explica determinanta economică şi cea socială. Astfel, apare claritatea raporturilor existente între procesele demografice şi diversele componente sociale [213].

Evoluţia populaţiei din Republica Moldova pe parcursul ultimilor 20 de ani este legată de modificarea indicilor demografici de bază: natalitatea, mortalitatea, nupţialitatea, migraţia etc. La rândul lor, natalitatea şi mortalitatea reprezintă mişcarea naturală a populaţiei ce se caracterizează prin sporul natural. În acest context, am analizat indicatorii respectivi înregistraţi la nivel de republică. Perioada aflată sub observaţie este suficient de lungă pentru a putea aprecia influenţa modului de organizare a sistemului de sănătate asupra indicatorilor demografici principali. De menţionat faptul că în anul 1994 ţara a avut un sistem de sănătate de tip Semaşko, finanţat integral de stat. În anul 1995 au fost stabilite principii noi de finanţare şi organizare a asistenţei medicale primare şi secundare, a început dezvoltarea medicinii private etc. În anii 1998–2003 statul garanta un pachet minim gratuit de asistenţă medicală, iar de la 1 ianuarie 2004 au fost implementate asigurările obligatorii de asistenţă medicală. Perioada anilor 1998–2003 se caracterizează prin implementarea medicinii de familie.

Problema demografică proiectează perspectiva modului în care vom trăi şi vom evalua ca naţiune.

În condiţiile Republicii Moldova, în perioada de tranziţie

spre economia de piaţă mişcarea naturală a populaţiei a înregistrat o evoluţie negativă. Practic, toţi indicii demografici care asigură o dinamică pozitivă a mişcării naturale a populaţiei au fost în descreştere şi s-au majorat acei care contribuie la stagnarea acestui proces. Variabilele dinamicii natalităţii şi mortalităţii generale se caracterizează prin aspecte similare atât în Republica Moldova, cât şi în municipiul Chișinău (fig. 2.1). Pe acest fundal, însă, se înregistrează o deosebire semnificativă a variabilei sporului natural. Astfel, dacă în 1990 nivelul natalităţii constituia 17,7 şi 16,4 la 1000 populaţie, apoi în 2000 s-a redus până la 9,9 şi 8,9 la 1000 populaţie, iar în 2010 atinge cifrele de 11,4 şi 10,1 la 1000 populaţie, respectiv în RM şi municipiul Chișinău. Concomitent, a crescut nivelul mortalităţii generale. De menţionat că indicele mortalităţii a sporit de la 9,7 şi 6,8 la 1000 populaţie în 1990 până la 12,3 şi 8,1 la 1000 populaţie în 2010 în RM şi municipiul Chișinău, corespunzător. Anul 2000 este anul cu cel mai jos nivel al natalităţii şi cu cel mai înalt nivel al mortalităţii generale.

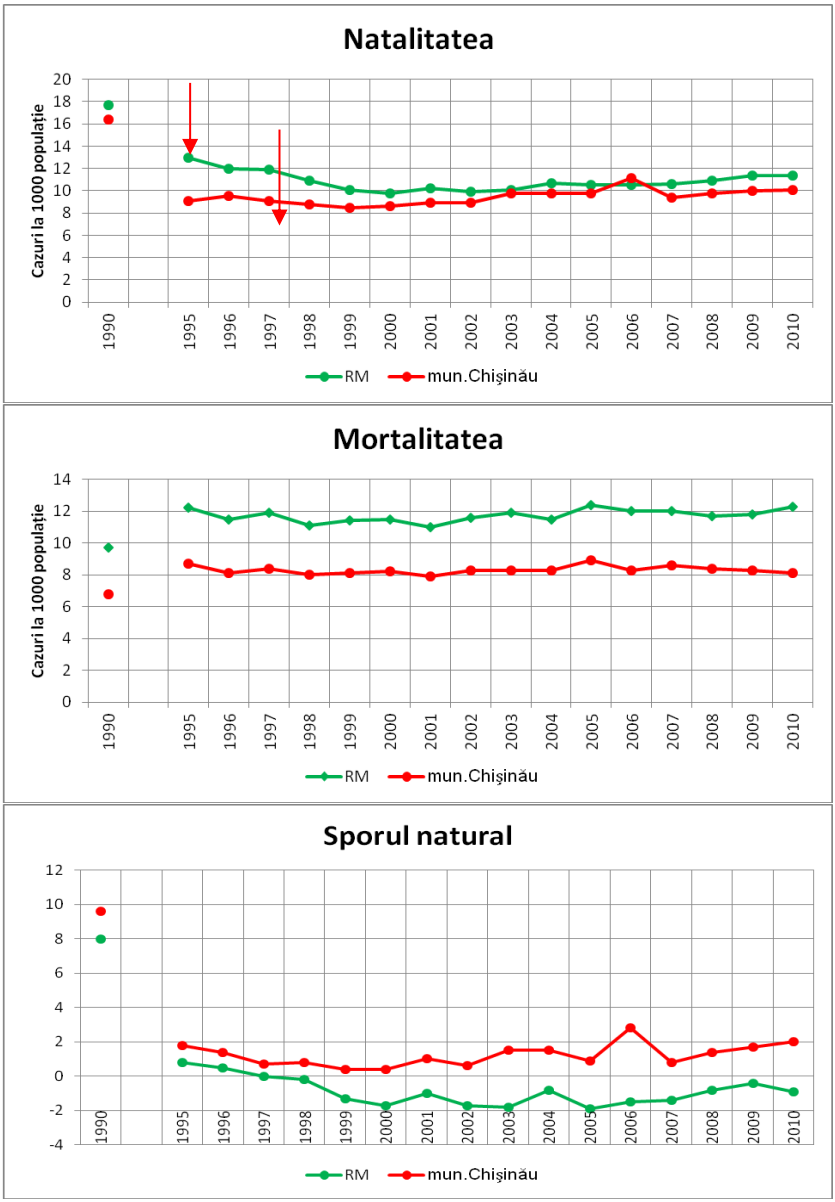


Fig. 2.1. ***Variabila dinamicii indicilor demografici de bază***

Începând cu anul 1998, în ţară se înregistrează un spor

natural negativ, care în 2005 era deja de 1,9 la 1000 populaţie. În perioada aflată sub observaţie, în municipiul Chişinău sporul natural nu a fost negativ, cu toate diminuările care au avut loc (anexa 1).

Curbele rectilinii denotă tendinţa de creştere a natalităţii şi sporului natural, precum şi stabilizarea mortalităţii. Din punct de vedere matematic, curbele respective pot fi descrise prin următoarele ecuaţii:

- natalitatea: $y=0,069x^2-1,399x+16,6;\ r^2 = 0,791;$ (1.1)
- mortalitatea generală: $y=0,062x+11,04;\ r^2 = 0,231;$ (1.2)
- sporul natural: $y = 0,075x^2-1,570x + 5,936;\ r^2 = 0,710;$ (1.3)

unde: *y – valoarea numerică a fenomenului studiat; x – enumerarea convenţională a perioadelor (ani), care de obicei începe cu 0 şi continuă în ordine crescândă,* r^2 *– coeficientul de aproximare.*

Prezintă interes estimarea dinamicii indicilor demografici de bază în funcţie de modul de organizare a acordării asistenţei medicale şi particularităţile de finanţare a sistemului medical.

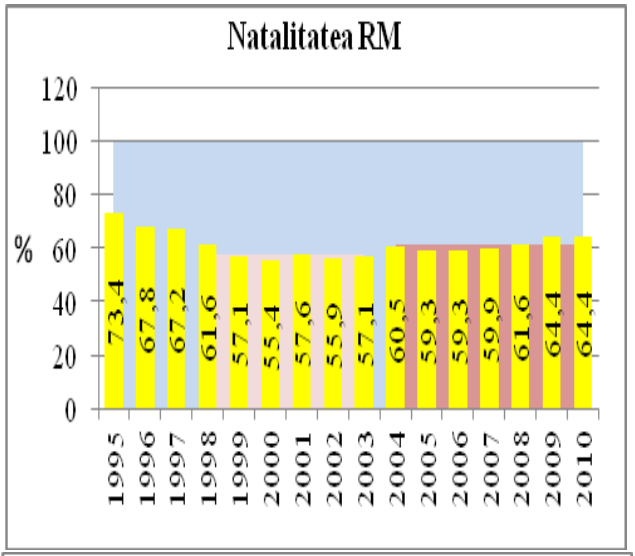
De menţionat faptul că cei mai buni indici demografici, cu valoarea sporului natural de 8,0 şi 9,6 pentru Republica Moldova şi municipiul Chişinău corespunzător, sunt caracteristici pentru sistemul medical tip Semaşko, totalmente finanţat din bugetul de stat, pentru care erau proprii accesibilitatea universală la asistenţă medicală, inclusiv specializată, şi dispensarizarea întregii populaţii (anexa 1). Situaţia cea mai drastică în ceea ce priveşte mişcarea naturală a populaţiei este proprie perioadei când statul garanta un volum

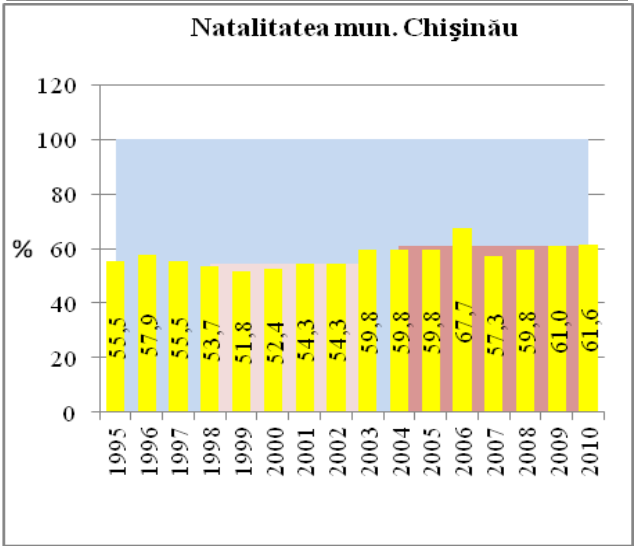
minim de asistenţă medicală gratuită (anii 1998–2003).

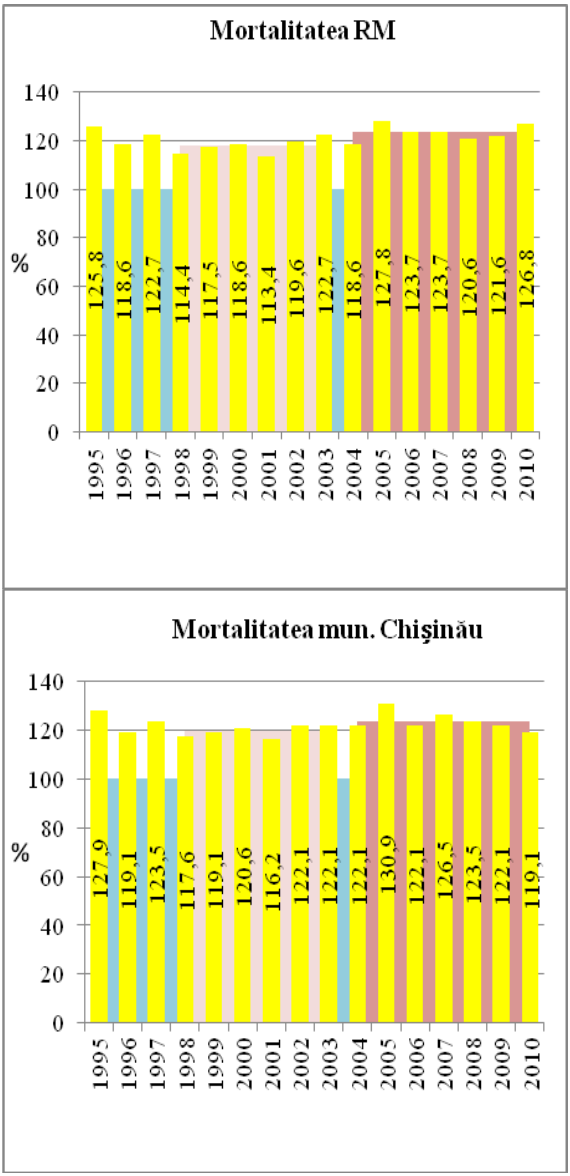
Astfel, valoarea medie a natalităţii în perioada respectivă este de 10,9±0,38$^0/_{00}$ în RM şi 9,0±0,13$^0/_{00}$ în municipiul Chişinău; cea a mortalităţii generale este de 11,6±0,13$^0/_{00}$ în RM şi 8,2±0,08$^0/_{00}$ în municipiul Chişinău, iar sporul natural– de 0,7±0,34 în RM şi 1,0±0,77$^0/_{00}$ în municipiul Chişinău (anexa 1).

În perioada implementării medicinii de familie, situaţia a continuat să se agraveze, nivelul mediu înregistrat al indicilor demografici de bază fiind de 10,2±0,16$^0/_{00}$ natalitate, 11,4±0,14$^0/_{00}$ mortalitate generală şi 1,2±0,25 spor natural la nivel naţional şi 8,9±0,19$^0/_{00}$ natalitate, 8,2±0,13$^0/_{00}$ mortalitate generală şi 0,8±0,17 spor natural la nivel municipal (anexa 1). După implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, s-a înregistrat o ameliorare uşoară a indicilor demografici de bază, însă semnificaţia statistică a diferenţelor depistate sunt în limitele $p<0,05$.

Am considerat oportună estimarea natalităţii, morbidităţii şi a sporului natural în indici demonstrativi; drept criteriu de comparare a fost luat anul 1990 (fig. 2.2). Perioada implementării AOAM (anii 2004–2010) se caracterizează prin ameliorarea nesemnificativă a indicilor demografici de bază, comparativ cu valorile lor înregistrate în perioada implementării medicinii de familie (1995–2003), cu toate că nivelul anului 1990 până în prezent nu a fost atins.


Natalitatea RM
120
100
80
%
60
40
20
0
73,4
67,8
67,2
61,6
57,1
55,4
57,6
55,9
57,1
60,5
59,3
59,3
59,9
61,6
64,4
64,4
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010


Natalitatea mun. Chişinău
120
100
80
%
60
40
20
0
55,5
57,9
55,5
53,7
51,8
52,4
54,3
54,3
59,8
59,8
59,8
67,7
57,3
59,8
61,0
61,6
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010


Mortalitatea RM
%
140
120
100
80
60
40
20
0
125,8
118,6
122,7
114,4
117,5
118,6
113,4
119,6
122,7
118,6
127,8
123,7
123,7
120,6
121,6
126,8
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
Mortalitatea mun. Chişinău
%
140
120
100
80
60
40
20
0
127,9
119,1
123,5
117,6
119,1
120,6
116,2
122,1
122,1
122,1
130,9
122,1
126,5
123,5
122,1
119,1
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010

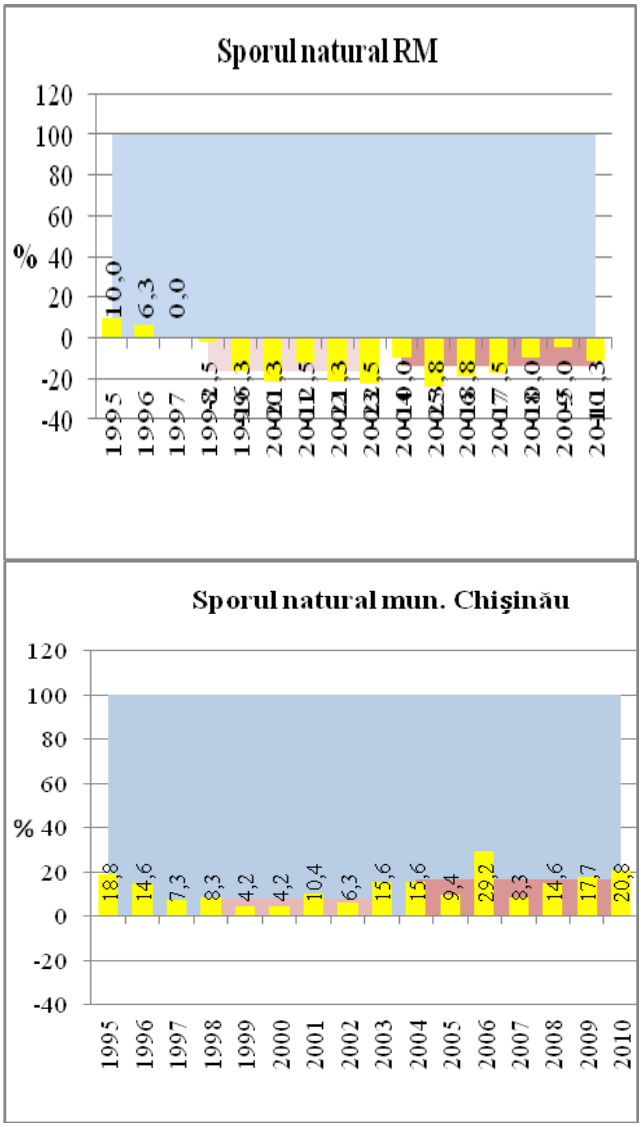


Fig. 2.2. ***Evaluarea comparativă a indicilor medico-demografici de bază în indici demonstrativi, în raport cu anul 1990, luat drept 100%***

– 1990, – M ± m perioada implementării medicinii de familie, – – M ±m perioada implementării AOAM, indicii medico-demografici analizaţi.

Tendinţele evoluţiei proceselor demografice arată elocvent că în Republica Moldova practic nu se poate atinge nici simpla înlocuire a populaţiei existente.

Analizând evoluţia fenomenelor demografice înregistrate pe teritoriul municipiului Chişinău, constatăm că acestea se caracterizează, la fel ca şi în alte localităţi ale Republicii Moldova, prin tendinţe negative, care s-au evidenţiat vădit pe parcursul ultimilor 20 de ani, fapt ce a dus la crearea unei situaţii demografice nefavorabile.

Astfel, dinamica indicatorilor principali ai sănătăţii populaţiei şi a proceselor medico–demografice din municipiul Chişinău se caracterizează prin:

- scăderea ratei natalităţii cu 39%, în comparaţie cu anul 1990 (fig. 2.2), şi creşterea cu 6,6% după implementarea AOAM, în comparaţie cu perioada implementării medicinii de familie;
- sporirea indicelui mortalităţii generale cu circa 23,7%, în comparaţie cu anul 1990, şi cu 4,1% după implementarea AOAM în comparaţie cu perioada implementării medicinii de familie;
- micşorarea sporului natural cu 83,5%, în comparaţie cu anul 1990, şi sporirea cu 8,3% după implementarea AOAM, în comparaţie cu perioada implementării medicinii de familie.

Conform datelor Centrului Naţional de Statistică al Republicii Moldova, populaţia municipiului Chişinău la 1 ianuarie 2010 număra 789534 persoane, iar structura populaţiei după locul de trai în 91,2% era constituită de populaţia urbană (719593). Repartizând populaţia municipiului Chişinău în trei categorii, în funcţie de vârstă, constatăm că: 19,7% le constituie copiii de la 0 la14 ani; 62,6% – populaţia aptă de

muncă, inclusiv din ei 44,7% femei de vârstă fertilă; 17,7% – pensionari (cota pensionarilor în Republica Moldova este de 15,7%).

Una dintre cauzele scăderii continue a natalităţii (anexa 1) a fost modificarea structurii de vârstă a femeilor tinere, numărul lor la începutul anului 2010 era cu aproximativ 88,0 mii mai mic faţa de cel de la începutul anului 1990.

Concomitent, asupra natalităţii populaţiei influenţează şi alţi factori, aşa ca creşterea nivelului de studii, trecerea la economia de piaţă, şomajul, micşorarea numărului de căsătorii şi majorarea numărului de divorţuri, migraţie intensivă a populaţiei de vârstă fertilă peste hotarele republicii, înrăutăţirea stării materiale a familiilor. Drept consecinţă, sporul natural al populaţiei pe parcursul ultimilor 20 de ani a înregistrat cel mai mic nivel–de +0,4 în anii 1998 şi 2000, cu o tendinţă de ameliorare ulterioară, astfel încât în anul 2006 a atins cifra de +2,8 în municipiul Chişinău. Începând cu anul 2007, se înregistrează o diminuare stabilă, astfel încât în 2010 indicele respectiv era de $+1,7^0/_{00}$ în municipiul Chişinău.

Pe parcursul mai multor ani, în municipiul Chişinău mortalitatea generală a populaţiei se menţine la un nivel relativ stabil, valorile înregistrate oscilând în limitele $8,3 - 8,0^0/_{00}$ (anexa 1).

Analiza aprofundată a mortalităţii, după certificatele de deces, cuprinde perioada 2000–2010, conform datelor obţinute de la Centrul Naţional de Management în Sănătate. În rezultat s-a constatat că indicele de maximă frecvenţă este caracteristic pentru bolile aparatului circulator (I00–I99)–$187,9\pm6,91^0/_{00}$, urmat de tumori (C00–D48)–$70,3\pm1,77^0/_{00}$, decesele pe cauze

externe (V01–Y98)–40,7±1.70$^{0}/_{00}$ şi bolile aparatului digestiv (K00–K93)–32,2±1,70$^{0}/_{00}$ (anexa 2).

O informaţie mult mai valoroasă, din punctul de vedere al sănătăţii publice, este obţinută la analiza structurii mortalităţii, deoarece oferă posibilitatea de a depista particularităţile influenţei factorilor de risc asupra sănătăţii populaţiei, precum şi influenţa modului de organizare a sistemului de sănătate. În acest context, menţionăm că pe primele locuri se plasează decesele survenite din cauza bolilor aparatului circulator (I00–I99)–50,0±0,45%, tumorilor (C00–D48)–18,7±0,41%, cauzele externe (V01–Y98)–10,4±0,0,43 şi bolilor aparatului digestiv (K00–K93)–8,4±0,30% (anexa 3, fig. 2.3).

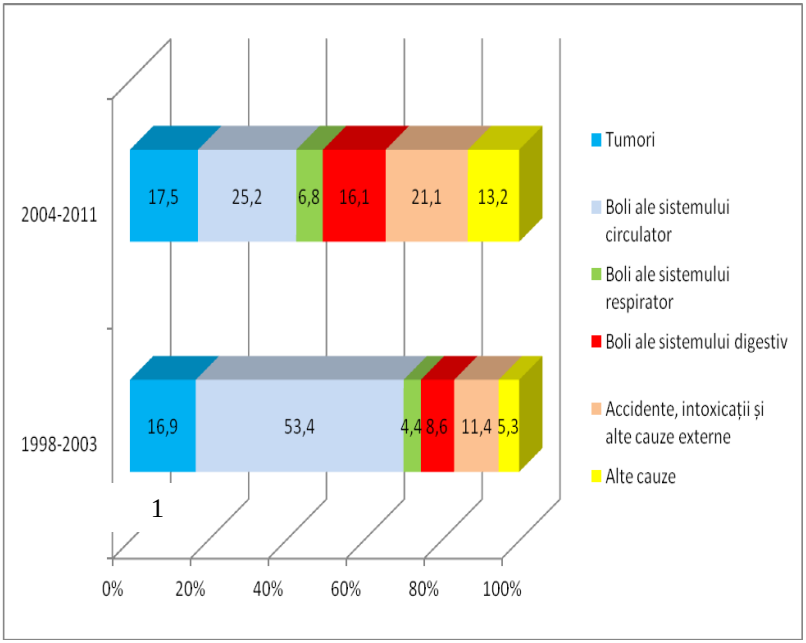


Fig. 2.3. ***Structura mortalităţii înregistrată în municipiul Chişinău, până şi după implementarea AOAM, date medii***

Dacă comparăm această situaţie la nivel republican, constatăm următorul tablou: în structura mortalităţii generale a populaţiei pe locul I se plasează maladiile sistemului cardiovascular cu 56,0%, pe locul II–tumorile maligne cu 11,7%, fiind urmate de bolile aparatului digestiv cu 9,9%.

Investigaţiile efectuate în municipiul Chişinău au arătat că principalele cauze de deces al copiilor de vârsta până la un an sunt maladiile perinatale, care constituie 43,2%, urmate de maladiile congenitale 26,3% şi de afecţiunile sistemului respirator 10,5% (anexa 3). Provoacă îngrijorare şi faptul că, în structura mortalităţii după sex, băieţii decedează de 1,5–2 ori mai frecvent, din cauza traumelor şi intoxicaţiilor. În perioada 1998–2010, deşi s-au născut mai mulţi băieţi, speranţa lor de viaţă la naştere este cu 10 ani mai mică decât la fete.

În intervalul de timp care corespunde implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală s-au înregistrat 3 ani cu un exces al mortalităţii, şi anume 2005, 2007 şi 2008. Rata deceselor printre bărbaţi este mai înaltă decât la femei cu 7,9%.

Mortalitatea este mai înaltă la populaţia municipiul Chişinău, rezidentă în mediul urban. Cele mai multe cazuri de decese în exces au fost înregistrate în perioada caldă a anului 2007, nivelul maximal revenind lunii iulie +29,3% .

Din punct de vedere al sănătăţii publice, se estimează negativ înregistrarea cazurilor excesive de deces al persoanelor cu vârsta cuprinsă între 20 şi 40 de ani, care în proporţie de 87% sunt femei. Această apreciere se face din considerentele că vârsta respectivă corespunde cu perioada de fertilitate, ceea ce de facto se rezumă nu numai la micşorarea populaţiei ţării, deoarece se compune din diminuarea persoanelor fizice,

precum şi din copiii care eventual nu s-au născut.

Statisticile privitor la mortalitatea în vârsta aptă de muncă urmează ierarhia mortalităţii generale a populaţiei. Cele mai multe decese ale persoanelor în vârstă aptă de muncă au fost cauzate de boli ale aparatului circulator, urmate de decesele produse de accidente, intoxicaţii şi traume (fig. 2.4).

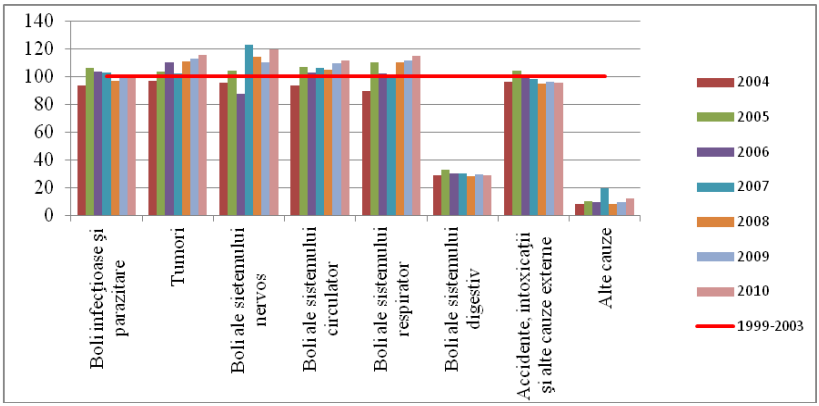


Fig. 2.4. ***Principalele cauze de deces în vârsta aptă de muncă, în perioada 2004–2010, în municipiul Chişinău, comparativ cu perioada de referinţă 1998–2003, luată drept 100%***

Mortalitatea persoanelor în vârsta aptă de muncă este indicatorul care prezintă starea sănătăţii populaţiei economic active şi care este determinată de capacitatea sistemului de sănătate de a presta servicii calitative de sănătate, de prezenţa şi calitatea programelor de promovare a modului sănătos de viaţă, de abordarea şi aplicarea principiului intersectorial al sănătăţii etc. Rata mortalităţii persoanelor în vârsta aptă de muncă înregistrată în Republica Moldova plasează ţara noastră pe unul dintre primele locuri printre ţările Europei privitor la probabilitatea de deces a populaţiei în vârstă aptă de muncă.

În municipiul Chişinău, începând cu anul 1994, a scăzut semnificativ nivelul mortalităţii materne, ulterior menţinându-se la un nivel redus.

Starea sănătăţii populaţiei este una dintre condiţiile fundamentale ce determină potenţialul unei ţări de a produce bunuri, a însuşi oportunităţi şi a face faţă provocărilor sociale, culturale, economice, politice etc. Unul dintre indicatorii ce caracterizează inclusiv sănătatea populaţiei unui stat este speranţa de viaţă la naştere care în anul 2010 a constituit 69,1 ani, în creştere cu 0,8 ani în perioada 2004–2010 faţă de perioada de până la implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală (fig. 2.5).

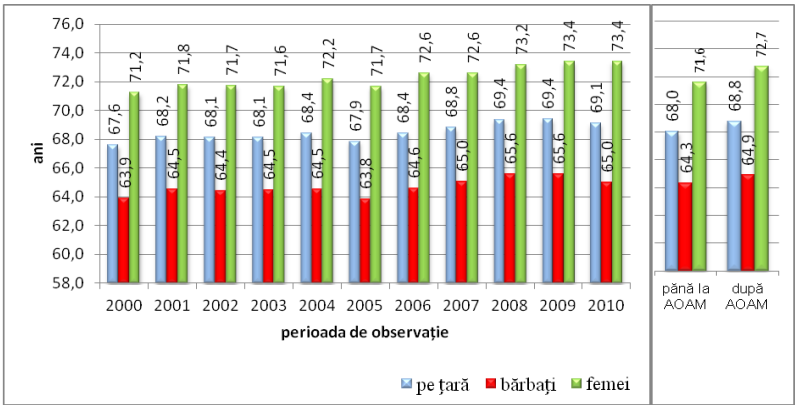


Fig. 2.5. ***Speranţa de viaţă la naştere în Republica Moldova***

Cunoaşterea şi analiza anuală a situaţiei demografice în teritoriul deservit este o necesitate obligatorie pentru fiecare medic de familie, în scopul exercitării corecte a obligaţiunilor funcţionale şi determinării priorităţilor în activitatea sa cotidiană şi de perspectivă. Astfel, cunoscând nivelul mortalităţii generale şi structura ei în funcţie de patologia de

bază, vârstă, sex şi alte motive sau criterii, medicul de familie îşi va programa activitatea şi îşi va mobiliza eforturile pentru profilaxia, combaterea sau depistarea timpurie a maladiilor cardiovasculare, oncologice, infecţioase, precum şi a factorilor de risc care determină structura atât a mortalităţii generale, cât şi a invalidităţii primare.

În baza recensământului populaţiei deservite, efectuat anual, cu evidenţierea copiilor pe grupuri de vârstă: preşcolară (până la 7 ani), şcolară (de la 7 până la 15 ani), adolescenţi (16–18 ani), populaţia matură, inclusiv femei de vârstă fertilă, persoane în vârsta aptă de muncă, medicul de familie se va implica nemijlocit în programarea anuală a volumului de lucru ce ţine de imunizare (vaccinare sau revaccinare) a contingentelor de populaţie respective, conform cerinţelor Programului Naţional de Imunizări.

Tot în acest context, medicul de familie va fi preocupat şi de planificarea familială, diverse examinări medicale profilactice de lucrul educaţional şi de familiarizare a diferitelor contingente de populaţie cu cunoştinţe sanitaro-igienice actuale ce ţin de protejarea sănătăţii personale, educarea sexuală a tinerei generaţii şi a copilului sănătos. Fiind la curent cu evoluţia proceselor demografice din societate, inclusiv din teritoriul deservit, medicul de familie va contribui, în măsura posibilităţilor, la propagarea necesităţii sporirii natalităţii la prevenirea mortalităţii la persoanele în vârstă aptă de muncă şi, cel mai important, se va adresa organelor interesate în problemă cu propuneri şi iniţiative privind stimularea posibilă a sănătăţii reproducerii, natalităţii şi prevenirea cazurilor de mortalitate prematură.

2.2. Evaluarea morbidităţii generale

Trendurile demografice nu pot fi studiate izolat de morbiditatea populaţiei. Morbiditatea populaţiei poate fi analizată după rezultatele examenelor medicale profilactice, care caracterizează afectarea patologică a populaţiei şi pune în evidenţă nu numai bolile, ci şi stările patologice care nu au fost un pretext de adresare în instituţiile medicale. Extinderea tuturor afecţiunilor, precum şi a fiecărei forme nosologice aparte o aflăm din datele despre adresarea după asistenţă medicală. Cu atât mai mult că evidenţa integrală a tuturor maladiilor se efectuează după diagnozele precizate.

Nivelul şi structura morbidităţii sunt indicatori primari ce caracterizează starea sănătăţii populaţiei şi servesc drept bază atât pentru determinarea normativelor şi volumului ajutorului medical, cât şi pentru dezvoltarea în perspectivă a strategiilor manageriale. Indicii morbidităţii servesc drept dovezi pentru planificarea serviciilor medicale şi elaborarea acţiunilor de acordare a asistenţei medicale populaţiei. În acelaşi timp, aceşti indicatori evidenţiază rezervele şi priorităţile care urmează a fi luate în consideraţie la elaborarea măsurilor privind ameliorarea lor.

În municipiul Chişinău, cu o populaţie de peste şapte sute de mii de locuitori, activează 12 centre ale medicilor de familie, 5 centre consultativ diagnostice, 14 centre de sănătate publice autonome şi 5 centre de sănătate private. Din aceste considerente, este important ca la nivelul organelor de conducere ale serviciului de AMP şi organului de dirijare a sistemului sănătăţii subordonat administraţiei publice locale, cu o periodicitate trimestrială şi anuală, să fie analizaţi indicatorii de sănătate a populaţiei, care depind de activitatea medicului de

familie, efectuându-se o comparaţie între toate instituţiile medicale primare, amplasate în teritoriul administrativ deservit. Pornind de la cele expuse, ne-am propus să studiem în dinamică nivelul şi structura morbidităţii conform adresabilităţii populaţiei municipiului Chișinău.

Indiferent de faptul că nivelul şi structura morbidităţii au fost studiate amănunţit de diferiţi autori, pentru prima dată această cercetare a fost orientată spre determinarea nivelului şi structurii morbidităţii populaţiei urbane, în contextul serviciilor acordate de către medicii de familie, în condiţiile implementării AOAM.

Cele expuse constituie argumente principale pentru efectuarea analizei retrospective a incidenţei şi prevalenţei morbidităţii populaţiei municipiului Chișinău, înregistrate pe parcursul a 7 ani, care corespund perioadei de implementare a AOAM. Rezultatele generalizate sunt prezentate în anexele 7–10.

Principalele rezultate ale analizei morbidităţii populaţiei municipiului Chișinău, comparativ cu Republica Moldova:

- Nivelul mediu al morbidităţii generale a populaţiei municipiului Chișinău, în perioada analizată, constituie 8266,4±498,81$^0/_{00}$ prevalenţă şi 4677,6±254,85$^0/_{00}$ incidenţă, versus 6691,6±120,70$^0/_{00}$ prevalenţă şi 3420,7±202,17$^0/_{00}$ incidenţă înregistrate la nivel naţional (anexele 4–7). Diferenţele decelate sunt semnificative din punct de vedere statistic – $p<0,05$. În acelaşi timp, se pun în evidenţă unele diferenţe ale indicilor de morbiditate, în funcţie de vârstă şi clasele de maladii.
- Dinamica morbidităţii generale la populaţia municipiului Chișinău a fost studiată pe o perioadă de 7 ani (2004–2010) în baza datelor de evidenţă a statisticii oficiale. Pentru o elucidare mai amplă a morbidităţii generale a populaţiei municipiului, am recurs la

aprofundarea studiului prin compararea nivelului mediu al acestui gen de morbiditate în Republica Moldova.

Datele statistice privind morbiditatea generală în municipiu se înscriu în contextul general al morbidităţii de acest gen din Republica Moldova, însă la un nivel mai superior, atât după prevalenţă, cât şi după incidenţă (fig. 2.6–2.7).

În ansamblu, dinamica multianuală se caracterizează printr-un vârf cu valori maximale în anul 2008 (9108,8$^0/_{00}$ prevalenţă şi 6850,1$^0/_{00}$ incidenţă) şi prin valori apropiate în anii 2004–2007. În acelaşi timp, variabila morbidităţii generale la populaţia pediatrică, spre deosebire de cea totală şi cea înregistrată printre populaţia adultă, se caracterizează şi prin apariţia celui de al doilea vârf, înregistrat în anul 2005 (11696,3$^0/_{00}$ prevalenţă şi 7519,2$^0/_{00}$ incidenţă).

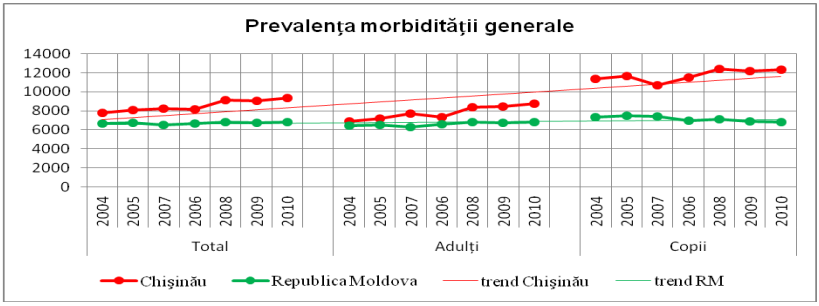


Fig. 2.6. ***Evoluţia prevalenţei morbidităţii generale în perioada anilor 2004–2010, cazuri la 1000 populaţie***

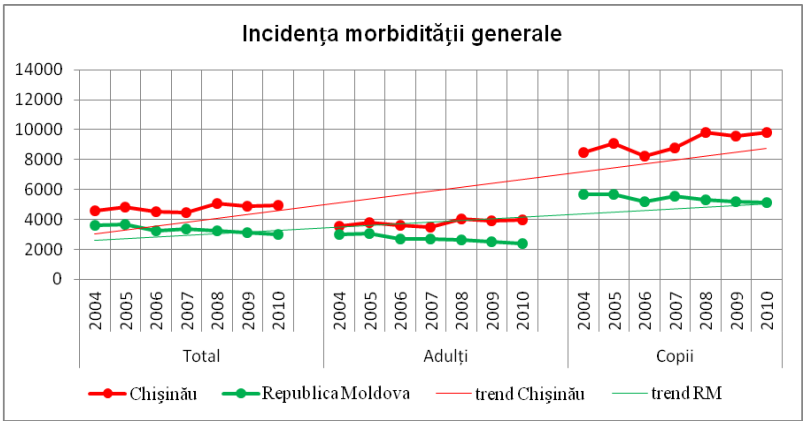


Fig. 2.7. ***Evoluţia incidenţei morbidităţii generale în perioada 2004–2010, cazuri la 1000 populaţie***

Se constată un nivel net superior al morbidităţii generale înregistrate la copii, de circa 2 ori în comparaţie cu cel înregistrat la populaţia adultă ($p < 0,05$), atât după prevalenţă, cât şi după incidenţă. Pe fondul stabilirii valorilor prevalenţei înregistrate la nivel naţional, se constată tendinţa de creştere a prevalenţei la populaţia municipiului Chişinău (fig. 2.7). În ceea ce priveşte incidenţa morbidităţii generale, putem vorbi despre tendinţe similare atât la nivel republican, cât şi la nivel municipal.

Nivelul mediu al morbidităţii generale din municipiul Chişinău în 2004–2010 este de 8266,4±498,81 $^0/_{00}$ prevalenţă şi 4677,6±254,85 $^0/_{00}$ incidenţă, ceea ce este cu 23,5% şi 36,7% mai mult decât nivelul mediu pe Republica Moldova, pentru prevalenţă şi incidenţă corespunzător (6691,6±120,70 prevalenţă şi 3420,7±202,17 incidenţă) (anexele 4–5). Aceleaşi legităţi evolutive sunt caracteristice şi pentru variabilele înregistrate la populaţia adultă şi cea pediatrică. De menţionat, însă, că discrepanţa este mai mare la cea din urmă. Astfel,

nivelul morbidităţii generale la copiii din municipiul Chişinău este net superior celui înregistrat la nivel republican, şi anume cu 59,0% prevalenţă (11538,4±627,79 versus 7255,5±243,42 $^{0}/_{00}$) şi cu 61,8% incidenţă (88869,8±609,13 versus 5480,6±238,43$^{0}/_{00}$).

Pentru caracterizarea tendinţei morbidităţii generale am recurs la rectilinierea curbei variabilelor [72, 220]. Astfel, a fost găsită descrierea matematică a dinamicii indicilor principali ai morbidităţii generale:

- prevalenţa:
- *Y nivel global = 270,7x+7454, r² = 0,736;* (1.1.)
- *Y nivel populaţie adultă= 309,9x + 6568, r² = 0,756;* (1.2.)
- *Y nivel populaţie pediatrică = 204,8x + 10924, r² = 0,266;* (1.3)
- incidenţa:
- *Y nivel global = 70,58x + 4465, r² = 0,191;* (1.4.)
- *Y nivel populaţie adultă = 3 60,78x + 3514, r² = 0,204;* (1.5.)
- *Y nivel populaţie pediatrică = 238,7x + 8153, r² = 0,383,* (1.6.)

unde: *y – valoarea numerică a fenomenului studiat;*

x – numărarea convenţională a perioadelor (ani), care de obicei începe cu 0 şi continuă în ordine crescândă;

r^2 – coeficientul de aproximare.

Modelele prezentate mai sus denotă o tendinţă de creştere cu rata medie anuală de+3,63%,+4,71% şi+1,87% a prevalenţei generale, la populaţia adultă şi cea pediatrică corespunzător. Incidenţa, de asemenea, are tendinţă de creştere, însă rata

medie anuală diferă semnificativ de cea a prevalenţei, şi anume valorile calculate sunt de +1,6%, + 10,3% şi +2,9% pentru nivelul global, adulţi şi copii respectiv.

–În municipiul Chişinău au fost atestate niveluri sporite ale prevalenţei bolilor sistemului circulator (I00–I99)–2868,7$^0/_{00}$, bolilor aparatului respirator (J00–J99)–1574,0$^0/_{00}$, leziunilor traumatice, otrăvirilor şi altor consecinţe ale cauzelor externe (S00–T98)–1022,3$^0/_{00}$, bolilor sistemului digestiv (K15–K93)–814,5$^0/_{00}$, afecţiunilor aparatului genitourinar (N00–N99)–580,0$^0/_{00}$ şi tulburărilor mintale şi de comportament (F00–F99) –522,4$^0/_{00}$ (anexa 4).

Nivelul incidenţei morbidităţii generale în municipiu se menţine pe contul următoarelor patologii: bolile sistemului respirator (J00–J99)–1341,2$^0/_{00}$, leziunile traumatice, otrăvirile şi alte consecinţe ale cauzelor externe (S00–T98)–1020,3$^0/_{00}$, bolile aparatului genitourinar (N00–N99)–669,8$^0/_{00}$, bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat (L00–L99)–398,3$^0/_{00}$ şi bolile infecţioase şi parazitare (A00–B99)–378,3$^0/_{00}$ (anexa 5).

Structura morbidităţii generale a populaţiei municipiului Chişinău este prezentată în fig. 2.8. Se constată diferenţe structurale în raport cu clasele de boli. Astfel, în structura prevalenţei pe I loc se plasează bolile sistemului circulator (clasa IX, cod I00–I99)–34,7%, pe locul II–bolile sistemului respirator (clasa X, cod J00–J99) cu 19,0%, pe locul III–leziunile traumatice, otrăvirile şi alte consecinţe ale cauzelor externe (clasa XVIII, S00–T98) cu 12,4%, urmate de bolile sistemului digestiv (clasa XI, K15–K93) cu 9,9% etc.

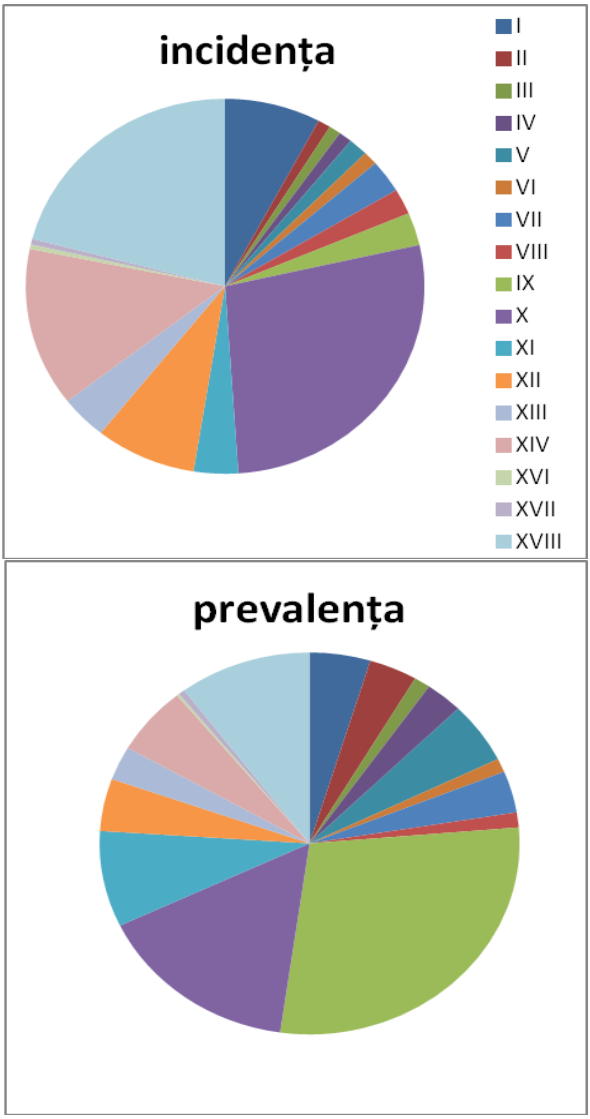


Fig. 2.8. ***Structura morbidităţii generale în raport cu principalele clase de boli, înregistrate în municipiul Chișinău, date medii pe perioada 2004–2010***

În ceea ce priveşte incidenţa, tabloul structural se deosebeşte de cel al prevalenţei: pe locul I se plasează bolile sistemului respirator (clasa X, J00–J99) cu 28,7%, pe locul II–leziunile traumatice, otrăvirile şi alte consecinţe ale cauzelor externe (clasa XVIII, S00–T98) cu 21,8%, pe locul III–bolile aparatului genitourinar (clasa XIV, N00–N99)–14,3%, urmate de bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat (clasa XII, L00–L99) cu 8,5%. Cota–parte a celorlalte clase de patologii este sub 8%.

Morbiditatea prin boli ale aparatului respirator îşi menţine valorile procentuale ridicate în special pe seama afecţiunilor respiratorii acute (64,3% cazuri), faringitelor şi anginelor (11,0% cazuri), pneumoniilor (6,2% cazuri).

Indicii structurali ai morbidităţii aparatului digestiv au o pondere de 35,4% cazuri, 33,6% cazuri pentru afecţiunile ficatului, vezicii biliare şi pancreasului şi 30,9% cazuri pentru duodenite şi gastrite.

În structura afecţiunilor cardiovasculare, pe I loc se plasează hipertensiunea arterială (55,4% cazuri), urmată de afecţiunile vaselor sangvine (20,6% cazuri) şi boala ischemică a cordului (16,8% cazuri).

În acelaşi timp, există unele diferenţe ale indicilor de morbiditate a populaţiei pediatrice în funcţie de zonele administrativ–teritoriale şi clasele de maladii. Astfel, nivelul mediu municipal al morbidităţii este superior celui înregistrat în sectorul Ciocana cu 16,2% ($p<0,001$) şi în aceeaşi proporţie este inferior celor înregistrate în sectoarele Râşcani şi Centru ($p<0,001$). Morbiditatea copiilor din sectoarele Botanica şi Buiucani s-a instalat aproximativ la acelaşi nivel–

503,4±1,58‰ şi 521,9±1,67‰ respectiv, plasându-se sub nivelul mediu municipal (fig. 2.9).

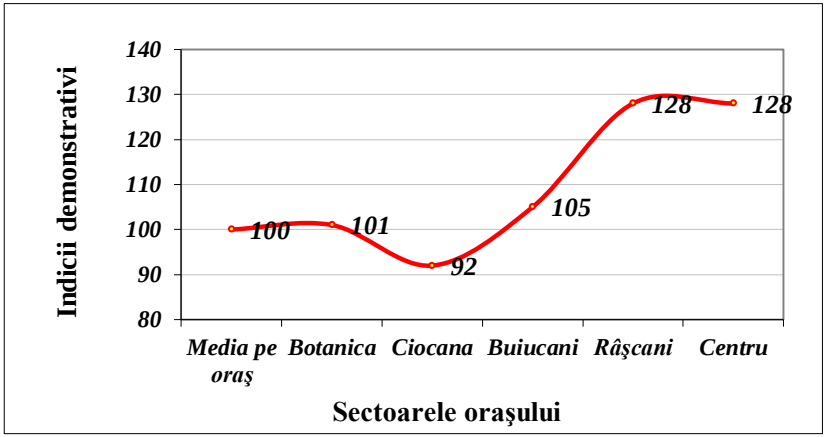


Fig. 2.9. ***Nivelul morbidităţii populaţiei municipiului Chișinău, în funcţie de AMT, date medii 2004–2010***

Cea mai joasă incidenţă a cazurilor de îmbolnăvire, în toate sectoarele municipiului, revine tumorilor (0,05±0,01‰), iar cea mai înaltă–afecţiunilor organelor respiratorii (171,9±0,59‰). Extinderea tumorilor în sectorul Buiucani este de 2,8 ori mai înaltă ($p<0,001$), iar a bolilor aparatului respirator–în sectoarele Râşcani şi Centru, cu 27,9 şi 20,9‰ respectiv ($p<0,05$), faţă de nivelul mediu pe municipiu. Niveluri relativ înalte ale morbidităţii au fost constatate pentru următoarele clase de maladii: boli ale ochiului şi anexelor sale (H00 – H59) –82,1±0,43‰, maladiile aparatului digestiv (K00 – K93) – 64,3±0,39‰, afecţiunile osteoarticulare, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv (M00–M99) – 50,2±0,34‰ şi bolile aparatului urogenital (N00 – N99) – 48,8±0,34‰.

Este de menţionat faptul că diferenţele privind morbiditatea, înregistrate în diferite sectoare ale municipiului, pot fi

condiţionate nu numai de locul de trai, ci şi de heteroomogenitatea lor în ceea ce priveşte nivelul condiţiilor social-habituale şi alte particularităţi care pot influenţa asupra proceselor de formare a nivelului morbidităţii. În această ordine de idei, a fost important de a calcula, pe lângă indicii generali, şi coeficienţii standardizaţi ai morbidităţii, care ne permit să argumentăm legătura diferenţelor stabilite cu locul de trai.

Standardizarea indicilor de morbiditate a populaţiei pediatrice, locuitori ai deferitelor sectoare ale municipiului Chişinău, a evidenţiat lipsa diferenţelor semnificative (p>0,05) dintre indicii standardizaţi şi cei nestandardizaţi înregistraţi în toate sectoarele municipiului, cu excepţia sectorului Ciocana, unde deosebirea dintre indicii standardizaţi şi cei nestandardizaţi nu depăşeşte 3,4% (tab. 2.2).

Tabelul 2.2. ***Caracteristica indicilor standardizaţi şi celor nestandardizaţi***

Sectoarele municipiului	*Indicii morbidităţii (la 1000 copii)*				
	Nestandardizaţi		*Standardizaţi*		p
	M	± m	M	± m	
Botanica	503,4	1,58	503,6	1,58	> 0,05
Buiucani	521,8	1,67	513,3	1,67	> 0,05
Râşcani	631,7	1,62	632,4	1,62	> 0,05
Centru	635,9	2,07	630,9	2,08	> 0,05
Ciocana	457,5	1,84	441,5	1,85	< 0,05

În continuare a fost important să determinăm pe contul căror forme nosologice se formează clasele predominante de boli la copii. Morbiditatea prin maladii ale aparatului respirator îşi menţine valorile procentuale ridicate cu precădere pe seama afecţiunilor respiratorii acute (42,75%), gripei şi bronşitelor acute (13,09% şi 12,92% respectiv). Printre bolile de ochi şi ale anexelor sale, patologia cea mai răspândită este diminuarea acuităţii vizuale (47,04%), apoi, în ordine descrescândă, au fost înregistrate afecţiunile muşchilor oculari, dereglări ale acomodaţiei şi refracţiei (28,12%) şi astigmatismul (14,41%).

Indicii structurali ai morbidităţii aparatului digestiv sunt dominaţi de gastrite şi duodenite acute (40,68%) şi cronice (30,30%). Clasa bolilor aparatului osteoarticular, muşchilor şi ţesutului conjunctiv este dominată de deformări ale degetelor şi picioarelor (37,46%) şi de condropatii (30,65%). Maladiile aparatului urogenital în proporţie de 82,69% sunt determinate de nefrite (anexa 7).

Prezintă interes deosebit structura morbidităţii copiilor în funcţie de sectorul municipiului. Datele prezentate documentează faptul că în toate sectoarele clasele dominante de maladii sunt bolile aparatului respirator, care constituie 30,3± 0,74–33,1±0,57 ($p< 0,05$).

Locul II este deţinut de bolile de ochi şi ale anexelor sale: 12,6±0,37–19,5±0,52%. Nivelul maximal al acestei categorii de patologii (de 1,3 ori mai mare decât nivelul mediu pe municipiu, $p<0,05$) a fost caracteristic pentru sectorul Ciocana. Nivelul minimal (de 1,2 ori mai mic decât nivelul mediu pe municipiu) a fost depistat în sectorul Râşcani. Pe locul III se plasează afecţiunile aparatului digestiv: 10,5±0,32–14,4±0,51%.

Analiza structurii morbidităţii înregistrate în diverse sectoare ale municipiului pune în evidenţă devieri teritoriale puţin exprimate în majoritatea sectoarelor. Astfel, pe fondul nivelului mediu pe municipiu al indicelui structural de 11,8±0,17%, în sectoarele Buiucani, Râşcani, Ciocana el oscilează în limitele 11,6±0,40–11,6±0,36%. Cote puţin mai mici (cu 10,5%) sunt caracteristice pentru sectorul Botanica şi net superioare (de 1,22 ori mai mari)–în sectorul Centru ($p<0,05$). Poziţia a patra în structura morbidităţii copiilor este prezentată de două clase–de cele ale sistemului osteoarticular şi cele ale aparatului urogenital. În toate teritoriile administrative ale urbei aflate în studiu au fost depistate devieri exprimate ale valorilor indicilor structurali în ambele clase de boli. Astfel, diferenţele raportuale în clasa maladiilor sistemului osteoarticular au fost multiple la patru: 4,2±0,24% în sectorul Ciocana faţă de 12,2±0,34% în sectorul Buiucani ($p<0,05$). Proporţii mai mici, însă destul de esenţiale, sunt caracteristice pentru diferenţele structurale înregistrate în clasa afecţiunilor aparatului urogenital în sectoarele Botanica, Râşcani (7,8±0,28%), Centru (10,2±0,43%) şi Buiucani (10,8±0,35%). Diferenţele respective au atins proporţia de 137% ($p<0,01$) (anexa 6).

Atrage atenţia faptul menţinerii la cote exprimate a diferenţelor structurale printre bolile infecţioase şi parazitare, înregistrate la copii în diferite sectoare ale municipiului. Devieri maxime (de 4,6 ori) au fost înregistrate în sectoarele Botanica şi Buiucani ($p<0,001$). În acelaşi timp, indicele extensiv al clasei respective de boli este de 1,7 ori mai mare faţă de nivelul mediu municipal, iar în sectorul Buiucani–de

2,7 ori mai mic (p<0,001). Luând în consideraţie faptul că morbiditatea în această clasă de maladii îşi menţine valorile procentuale ridicate în special pe contul helmintiazelor, iar celelalte forme nosologice se înregistrează aproximativ cu aceeaşi frecvenţă, diferenţele depistate ipotetic sunt condiţionate de eficacitatea inegală a măsurilor antihelmintice în diferite sectoare. Destul de distincţi sunt indicii structurali ai morbidităţii şi în cadrul altor clase de maladii înregistraţi printre copiii care locuiesc în diverse sectoare ale municipiului (anexele 6–7, fig. 2.10).

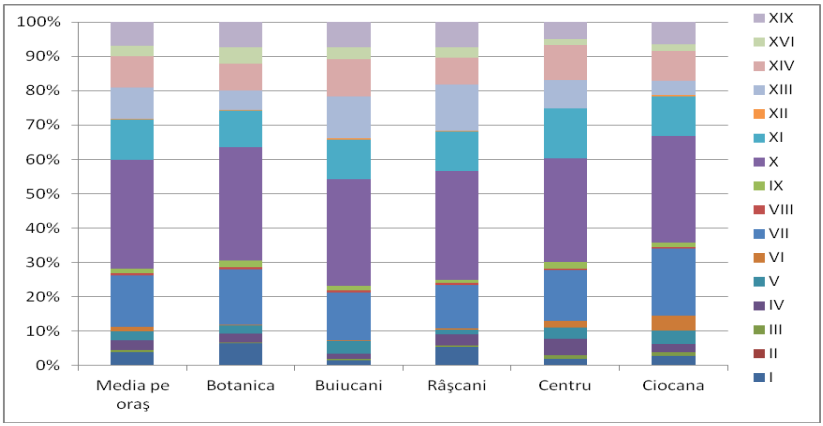


Fig. 2.10. ***Structura morbidităţii copiilor din municipiul Chişinău, în funcţie de sectoare, date medii 2004–2010, %***

Acest fenomen se urmăreşte semnificativ şi în cazul maladiilor endocrine, de nutriţie şi de metabolism (depăşirea de 3 ori în sectorul Centru a indicelui specific sectorului Buiucani p<0,001) al dereglărilor mentale şi de comportament (de 2,6 ori mai înalt în sectorul Buiucani faţă de indicele din sectorul Centru, p<0,05), precum şi al bolilor sistemului nervos (de 27 ori mai mare în sectorul Ciocana faţă de sectorul Buiucani, p<0,001).

3. EVALUAREA ACTIVITĂŢII SERVICIULUI DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Evaluarea activităţii serviciului medical primar a fost efectuat cu scopul de a stabili criterii explicite pentru buna practică, a măsura performanţa şi a aprecia acţiunile de îmbunătăţire. Cercetarea constată următoarele niveluri: structurile de îngrijiri (s-a analizat organizarea activităţilor, echipamentul şi competenţa personalului medical), procedurile de îngrijiri (a fost analizat gardul de corectitudine în aplicarea protocoalelor clinice), rezultatele îngrijirilor (au fost apreciate complicaţiile bolilor cornice).

Activitatea a fost evaluată în funcţie de AMT. În calitate de criteriu de comparare au servit rezultatele cercetării dr. Victor Savin, intitulate ”Consolidarea asistenţei medicale primare în condiţii urbane”, deoarece vizează sistemul medical din municipiul Chișinău, aplică metodologii de cercetare-evaluare şi abordare similară, perioada de studiu corespunde implementării medicinii de familie.

Analiza organizării activităţilor s-a efectuat în baza datelor obţinute în cadrul fotocronometriei, prin observarea directă a activităţii.

Au fost elucidate activităţile din AMP şi asistenţa medicală specializată de ambulatoriu acordată în cadrul AMT, conform organigramei. Au fost definite atribuţiile de funcţii ale medicului de familie, care anterior erau ale medicilor-specialişti. Nu s-a format definitiv echipa medicului de familie. Mulţi dintre MF (45,2%) activează singuri sau cu o asistentă medicală. Sunt multe responsabilităţi pe care medicul ar putea să le delege asistentelor medicale. De exemplu, clasele educaţionale.

La moment, în toate instituţiile medicale municipale de AMP sunt săli de triaj, dar nu peste tot se efectuează: termometria, măsurarea masei corporale, luarea tensiunii arteriale, examenul paraclinic de sreening etc.

Medicii de familie au relatat că sunt deranjaţi de faptul creării structurilor improprii sistemului vechi, de exemplu asistentele medicale de la triaj, de la postul de coordonare pe coridor etc. rar se întâlnesc cu medicul de familie.

În unele instituţii medicale lipseşte postul asistentei medicale coordonatoare sau aceasta nu-şi îndeplineşte obligaţiile conform fişei postului.

În sectoarele municipiului se lucrează diferit. Acest fapt impune unificarea celor mai importante activităţi. În acest context menţionăm Clinica Universitară de AMP, AMT Centru şi AMT Botanica, instituţii medicale pilot în implementarea reformelor, fapt care s-a soldat cu o organizare şi dotare conform standardelor internaţionale. În ceea ce priveşte dotarea instituţiilor medicale cu echipamentul necesar, menţionăm o uniformitate, conform nomenclatorului.

Un moment foarte important şi care influenţează în mod decisiv calitatea actului medical rămâne deplasarea medicului la domiciliul pacienţilor. Marea majoritate, circa 87% de medici de familie, utilizează transportul obştesc, însă schemele de transport obştesc existente în municipiu nu asigură un grad de uniformitate acceptabil, sunt multe sectoare neacoperite de rute. Ca urmare, timpul de deplasare al medicilor pentru deservirea chemărilor este considerabil.

3.1. Asigurarea cu cadre medicale

Pornind de la sloganul „*Cadrele hotărăsc totul*”, estimarea managementului resurselor umane este indispensabilă pentru

studiul efectuat de noi. În continuare vom evalua nivelul asigurării instituţiilor medicale municipale cu cadre medicale.

În perioada cercetată, în toate instituţiile medicale municipale din sectorul AMP activau 553,5±5,19 medici şi 558,3±8,10 asistente medicale (tab. 3.1).

Tabelul 3.1. ***Asigurarea instituţiilor medicale municipale cu cadre medicale în perioada 2004–2010***

Indicatori	*Anii*							M	±m
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Medici de familie, total	546	556	554	552	543	540	576	553,5	5,19
inclusiv în AMT	-	485	480	467	460	456	457	467,5	5,04
Specialişti cu studii medii speciale, total	556	548	552	547	539	572	592	558,3	8,10
inclusiv în AMT	0	450	438	424	428	451	472	443,8	7,21

Gradul de asigurare a serviciului de AMP din municipiul Chişinău cu cadre medicale este de 7,1±0,06 medici de familie şi 7,1±0,09 asistente medicale la 10 mii populaţie versus gradul de asigurare la nivel naţional de 5,6±0,07 medici de familie şi 15,5±0,19 asistente.

Analiza comparativă a ratei de asigurare a populaţiei cu medici şi specialişti cu studii medii speciale din serviciul de AMP ne demonstrează că în perioada implementării AOAM fluctuaţia cadrelor medicale cu studii superioare şi medii în municipiul Chişinău este un fenomen mai puţin exprimat, în comparaţie cu nivelul mediu republican, şi nu iese din limitele normei –M±2m (fig. 3.1). Situaţia existentă poate fi considerată

suficientă pentru satisfacerea accesului populaţiei la serviciile de ambulatoriu.

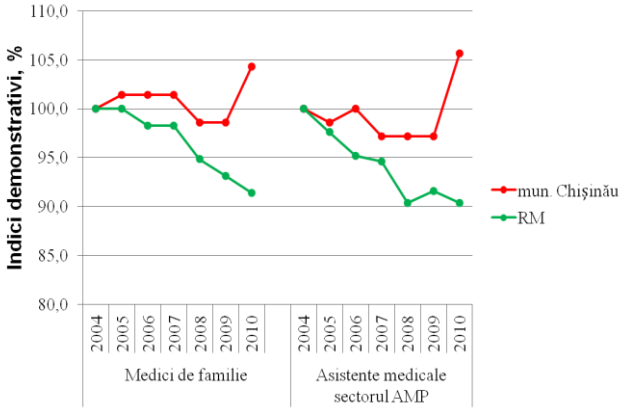


Fig. 3.1. ***Fluctuaţia cadrelor din AMP în perioada implementării AOAM***

Fluctuaţia cadrelor este mai intensivă printre specialiştii cu studii medii şi constituie 85,5±19,52 persoane anual versus 24,8±10,34 medici anual ($p<0,05$).

De menţionat o neuniformitate a asigurării cu cadre medicale, cu studii medii speciale în raport cu AMT, care variază între 54,7±3,6% la Ciocana şi 78,6±2,3% la Râşcani, pe fundalul asigurării uniforme cu medici. În consecinţă, putem concluziona că medicii deseori îndeplinesc un anumit volum de lucru care nu este prevăzut de profesiogramă.

Despre măiestria profesională a lucrătorilor din sectorul medical primar ne vorbeşte faptul că 72,6% medici şi 72,5% asistente medicale posedă categoriile I şi superioară de calificare medicală (fig. 3.2).

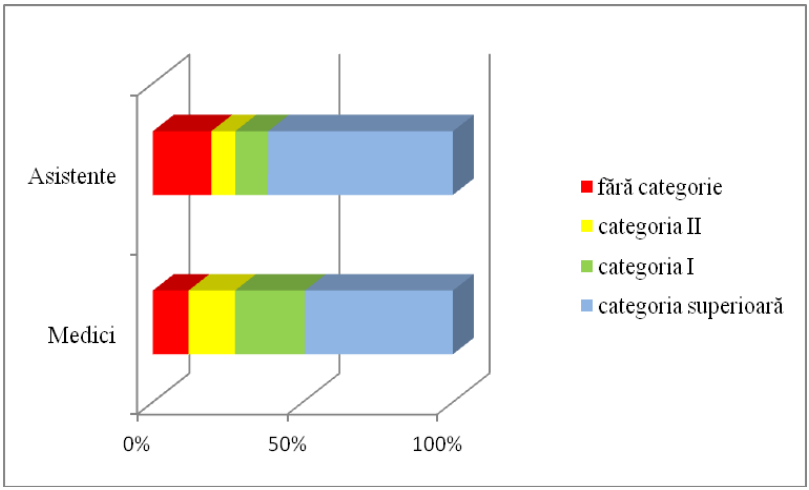


Fig. 3.1. ***Structura cadrelor medicale din AMP în funcţie de performanţa profesională (date medii a. 2004–2010), %***

3.2. Estimarea accesibilităţii serviciilor medicale primare

Conform datelor disponibile pe pagina web a CNAM, numărul de persoane asigurate variază de la an la an şi constituie în medie 503050,8 ±14799,41 persoane din mediul urban şi 69472,2±31540,24 persoane din cel rural al municipiului, ceea ce constituie o acoperire de 81,1±6,76% şi 79,7±4,08% corespunzător pentru aceste medii (anexele 8-9).

Numărul de asiguraţi înscrişi pe listă medicului de familie se estimează în medie la 1500±100,2 pacienţi.

Conform volumului serviciilor medicale incluse în Programul Unic al AOAM, anual sporeşte accesul populaţiei la asistenţa medicală primară şi cea specializată, iar instituţiile medicale municipale lărgesc posibilităţile efectuării examinărilor clinice şi paraclinice necesare pentru stabilirea corectă a diagnosticului, asigurând pacienţii cu preparate

medicamentoase compensate şi parţial compensate.

În perioada de activitate a instituţiilor medicale municipale în condiţiile AOAM, numărul anual de vizite efectuate în sectorul medical primar este de 4550974,4±39683,72, dintre care 53,4±0,54% la medicii de familie şi 46,6±0,54% la medicii-specialişti. Numărul de vizite ce revine unei persoane asigurate s-a majorat de la 6,8 în anul 2005 până la 7,0 în anul 2010, fiind în creştere progresivă, ceea ce confirmă accesul populaţiei asigurate la asistenţa medicală conform principiului programării.

În instituţiile medicale primare din municipiu se efectuează un volum de lucru mai mare, comparativ cu instituţiile din raioanele republicii, fapt confirmat prin compararea valorii raportului numărului de vizite efectuate la un locuitor, inclusiv de o persoană asigurată ($p<0,05$) (fig. 3.3). Evident că acest volum de activitate atrage după sine şi cheltuieli mai sporite pentru prestarea serviciilor medicale populaţiei.

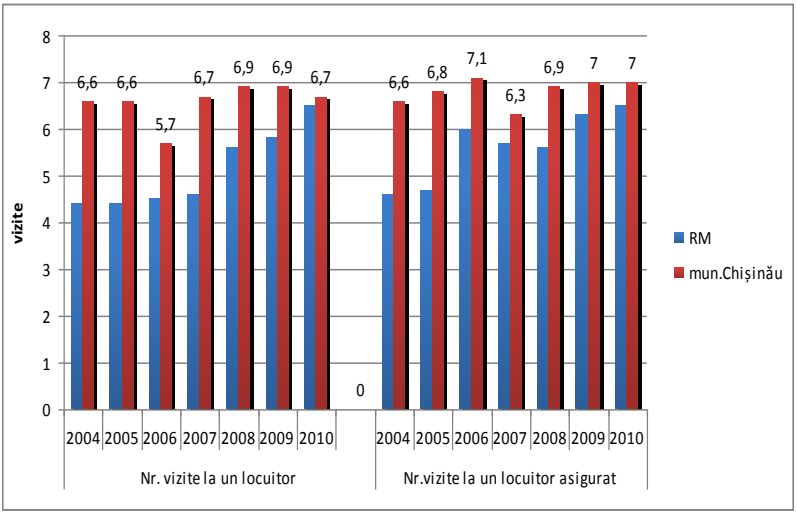


Fig. 2.3 ***Numărul de vizite efectuate în sectorul AMP în perioada 2004–2010***

3.3. Evaluarea practicii medicale

Un prim–pas în evaluarea practicii medicale a fost estimarea complicaţiilor care pot apărea la diferite grupuri de bolnavi aflaţi sub supravegherea medicului de familie. Acest indicator reflectă calitatea monitorizării stării de sănătate a pacienţilor cu maladii cronice şi gradul de complexitate a activităţii medicului de familie, pe de o parte, precum şi atitudinea individuală faţă de propria sănătate, pe de altă parte.

Un moment alarmant poate fi considerat creşterea continuă a complicaţiilor afecţiunilor cardiovasculare–accidentele vasculare cerebrale, care au sporit în ultimii 7 ani de la 1652 cazuri de ACVA în anul 2004 la 2107 în anul 2010, ceea ce constituie $21,5^0/_{00}$ şi $27,4^0/_{00}$ corespunzător, fiind înregistrate tot mai frecvent la persoanele în vârsta aptă de muncă. O continuă creştere a nivelului morbidităţii de acest gen se

constată, în special, în sectoarele Botanica, Buiucani şi Centru.

În condiţiile finanţării limitate a staţionarelor, un rol important, la etapa actuală, îl au staţionarele de zi, amplasate în CMF şi CS, cu capacitatea de 129 paturi (profil general, pediatric şi ginecologic).

O situaţie alarmantă se înregistrează, în dinamica ultimilor ani, la compartimentul morbidităţii populaţiei prin maladiile socialmente–condiţionate. Datele statistice prezentate în tab. 3.2 ne relatează despre rezervele mari la depistarea timpurie şi luarea în evidenţă a persoanelor ce fac abuz de alcool şi substanţe narcotice.

Tabelul 3.2. ***Morbiditatea prin maladii socialmente condiţionate în municipiul Chișinău, incidenţa la 100000 populaţie***

Indicatori	***Anii***							***M***	***±m***
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**		
Alcoolism	63,4	62,9	60,9	81,7	85,1	125,8	128,3	86,9	83,3
Narcomanie	79,7	82,3	100,6	107,5	92,8	84,1	92,2	91,3	93,5

Situaţia epidemiologică a tuberculozei în perioada aflată sub observaţie s-a agravat. Indicii morbidităţii prin tuberculoză pe teritoriul municipiul Chișinău rămân cei mai sporiţi din republică (anexa 10). În comparaţie cu perioada de referinţă, s-a înregistrat ascensiunea incidenţei prin tuberculoză de la

76,5±9,27$^{0}/_{00}$ până la 102,3±15,02$^{0}/_{000}$ ($p<0,05$), precum şi diminuarea prevalenţei de la 194±122,00$^{0}/_{00}$ până la 155,1±22,57$^{0}/_{00}$ ($p<0,001$). Cu precădere tuberculoza afectează grupurile populaţiei defavorizate social. Cel mai înalt nivel al morbidităţii prin tuberculoză (atât incidenţa, cât si prevalenţa), în perioada 1998–2010, a fost înregistrat în cadrul AMT Ciocana, cu indicii de 103,0±22,72 şi 252,5±167,66 în anii 1998–2003 şi, respectiv, 95,4±21,59 şi 145,3±47,52 în perioada 2004–2010 la 100000 populaţie (anexa 10). Tuberculoza se înregistrează mai frecvent la populaţia rezidentă în zonele rurale ale municipiului. De menţionat că diagnosticarea tuberculozei la copii atinge nivele considerabile, fiind în medie de 86,8±22,08 cazuri anual.

Incidenţa formelor bacilifere şi distructive printre bolnavii cu tuberculoză depistaţi rămâne înaltă şi constituie respectiv 22,2±6.89$^{0}/_{000}$ şi 28,0±5,82$^{0}/_{000}$ în perioada de până şi după implementarea AOAM. Respectarea necondiţionată în continuare a principiilor de tratament al tuberculozei, conform Programului DOTS, va permite stabilizarea indicelui morbidităţii, reducerea mortalităţii din cauza tuberculozei şi obţinerea rezultatelor scontate în urma aplicării măsurilor complexe.

Ponderea pacienţilor depistaţi cu grad avansat de tuberculoză pulmonară este în creştere – de la 34,9±3,09% în perioada 1998–2003 până la 40,9±3,03% în perioada 2004–2010, fapt explicat prin adresarea tardivă la medic a unor contingente de populaţie (anexa 10). Analiza comparativă a indicatorului menţionat relevă rezerve mari în depistarea timpurie a bolnavilor de tuberculoză practic în toate asociaţiile medicale teritoriale.

Sporirea rolului medicului de familie în soluţionarea multiplelor probleme ce ţin de sănătatea publică a contribuit la reducerea semnificativă a nivelului invalidităţii primare în rândurile populaţiei. Valoarea medie pe municipiu a acestui indice în anii 2004–2010 este de 262,5±67,79$^0/_{00}$, versus 221,3±47,12$^0/_{00}$ în 1998–2003. Indicele mediu municipal este net inferior nivelului mediu republican. În acelaşi timp, au avut loc tendinţe opuse în stabilirea invalidităţii primare printre persoanele în vârsta aptă de muncă. Pe fundalul de diminuare a valorii indicelui respectiv la nivel republican cu 35,8% (de la 576,8±92,35$^0/_{00}$ în anii 1998–2003 până la 370,4±29,23$^0/_{00}$ în perioada 2004–2010), în municipiu a fost înregistrată o creştere de 11,5%.

În structura cauzelor ce duc la invaliditate primară a populaţiei angajate în câmpul muncii după principalele forme nosologice, la nivel municipal, pe prim-plan se plasează maladiile aparatului circulator, locul II revenind tumorilor maligne, urmate de tulburările mentale şi de comportament.

Conform gradelor de invaliditate, confirmate de Comisiile de Expertiză Medicală a Vitalităţii generale şi de profil, cel mai înalt nivelul este înregistrat la persoanele cu gradul II de invaliditate (119,7$^0/_{00}$), urmate de cele cu gradul III (50,1$^0/_{00}$), celor ce deţin primul grad de invaliditate le revin, respectiv, 27,0$^0/_{00}$.

La etapa implementării principiului de acordare a AMP de către medicii de familie, o îngrijorare semnificativă era generată de problemele ce ţin de acordarea asistenţei medicale mamei şi copilului, dat fiind faptul că unele funcţii şi responsabilităţi au fost transmise de la medicii-specialişti medicilor de familie.

În anii 1998–2003 a fost menţinut principiul supravegherii duble a femeilor gravide de către medicul de familie şi obstetricianul-ginecolog, ca urmare luarea în evidenţă timpurie a gravidelor în instituţiile medicale municipale se menţine la nivel stabil, oscilând în limitele 80,2–82,1%. Nivelul mediu înregistrat în perioada respectivă este de 82,1±0,55%. Pe parcursul perioadei de implementare a AOAM, acest indice s-a diminuat nesemnificativ, fiind în medie egal cu 78,8±1,99% (anexa 11).

Analiza comparativă a supravegherii femeilor gravide, luate în evidenţă la termenele timpurii de către medicii de familie, atestă o tendinţă pozitivă în AMT Buiucani şi Centru, unde în perioada implementării AOAM acest indicator este superior celui mediu municipal. În AMT Botanica, Ciocana şi Râşcani el este inferior nivelului mediu municipal (anexa 11).

Un alt aspect în deservirea mamei şi copilului îl constituie ponderea naşterilor înainte de termen din numărul total de naşteri înregistrate în municipiul Chişinău. În perioada implementării asigurării obligatorii de asistenţă medicală, în anii 2004–2010 indicele respectiv a înregistrat o valoare de 2,2±0,15% faţă de 2,7±0,35% în perioada implementării medicinii de familie, anii 1998–2003 (anexa 11). De menţionat că în AMT Centru, Ciocana şi Râşcani indicii înregistraţi sunt sub nivelul mediu municipal, în AMT Botanica şi Buiucani supra nivelului mediu municipal.

O importanţă deosebită în activitatea cotidiană a MF o au acţiunile preventive şi educaţionale, orientate spre profilaxia maladiilor contagioase, mai ales a celor dirijate prin metoda imunoprofilaxiei. Această activitate contribuie substanţial la

evitarea erupţiilor în masă şi la prevenirea agravării situaţiei epidemiologice în teritoriul deservit.

În acest context, imunizarea populaţiei în cadrul instituţiilor medicale primare se efectuează conform planului calendaristic de imunizări, cu o evidenţă strictă, reflectată în documentaţia medicală reglementată de actele normative în vigoare, în baza cărora se întocmesc rapoartele anuale. Rezultatele comparative ale imunoprofilaxiei contra hepatitei virale, tuberculozei, difteriei şi tusei convulsive, realizate în cadrul AMT în perioada 1998–2010, sunt prezentate în anexa 12. Cuprinderea cu vaccinări, atât în perioada de referinţă, cât şi în cea de observaţie, este de peste 90%, ceea ce contribuie la formarea populaţiei rezistente la agenţii etiologici respectivi, ca urmare situaţia epidemiologică din municipiu se menţine stabilă. La acest capitol de activitate, toate AMT înregistrează niveluri practic identice: 96,3–98,3% împotriva hepatitei virale, 99,3–99,7% împotriva tuberculozei, 91,6–96,3% împotriva difteriei şi 90,7–95,9% împotriva tusei convulsive (anexa 12).

De maximă importanţă este problema care ţine de internarea programată limitată a pacienţilor asiguraţi din teritoriile deservite în secţiile de profil terapeutic, şi anume: secţiile cardiologie, reumatologie, endocrinologie, oftalmologie, neurologie, neurorecuperare.

În staţionarele municipale şi republicane, în perioada 2004–2010 au fost spitalizaţi predominant pacienţi cu stări de urgenţă (60,0–98,0%), inclusiv la care au fost apreciate stări grave ale sănătăţii, transportaţi prin intermediul serviciului AMU. Drept exemplu poate servi numărul spitalizărilor de urgenţă în secţiile cardiologie ale IMSP SCM „Sf. Treime”, unde cota pacienţilor urgenţi a constituit circa 98,0±1,78%. Situaţia creată se explică,

probabil, prin numărul sporit al bolnavilor cu diverse maladii acute şi cronice în acutizare, care în mare măsură nu pot continua tratamentul iniţiat în condiţii de ambulatoriu.

Rezerva esenţială în ameliorarea situaţiei create revine serviciului medical primar, care va lua în evidenţă şi va monitoriza strict starea sănătăţii persoanelor cu diverse afecţiuni cronice, care necesită permanent tratament de susţinere şi supraveghere medicală.

Analizând situaţia existentă în republică la capitolul menţionat, s-a stabilit că municipiul Chișinău are o asigurare cu paturi mai redusă (30,8) decât media pe raioane-31,3 la 10000 locuitori, iar nivelul de spitalizare a populaţiei asigurate în municipiu este apreciat ca unul dintre cele mai scăzute şi constituie 12,6 în anul 2010, comparativ cu media pe republică – 15,0 la 100 persoane asigurate.

Deoarece obiectivul principal al reformei din sistemul de sănătate din Republica Moldova este orientarea spre profilaxie, am considerat necesară evaluarea activităţii medicilor din instituţiile medicale municipale la compartimentul „promovarea modului sănătos de viaţă". Estimarea a fost efectuată în funcţie de răspunsurile date de 598 de medici la 7 întrebări, care reflectă mijloacele de propagare. S-a apreciat situaţia generală la capitolul respectiv, urmărindu-se totodată diferenţele înregistrate la 7 itemi analizaţi.

Persoanele intervievate aflate sub observaţie utilizează în proporţie diferită mijloacele promovării sănătăţii (fig. 3.4). Cel mai frecvent mijloc utilizat este discuţia în timpul consultărilor medicale – 93,3%, urmat apoi de lecţii – 63,4%, sfaturi – 48,3% şi selecţii şcoală – 45,1%. Publicaţiile, radioul şi TV însumează cote de până la 35% (32,3%, 20,4% şi 19,6%

respectiv). În acelaşi timp, menţionăm că mijloacele mass – media nu sunt utilizate în măsură suficientă pentru promovarea modului sănătos de viaţă, cotele valorice de neutilizare fiind de 57,9% pentru publicaţii, 70,2% pentru radio şi 73,2% pentru TV. După opinia medicilor, sfaturile sunt aplicate parţial– 46,7% .

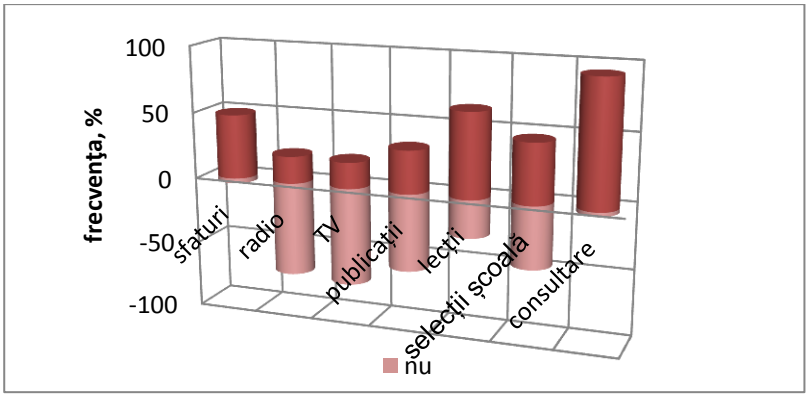


Fig. 3.4. ***Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă de către medicii IMSP de AMP din municipiul Chișinău***

Medicii de ambele sexe în promovarea modului sănătos de viaţă utilizează cel mai frecvent consultările, lecţiile şi sfaturile, înregistrându-se, totuşi, diferenţe proporţionale semnificative ($p<0,05$) (anexa 13).

Se constată diferenţe în aplicarea mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de grupele de vârstă a medicilor. Medicii cu vârsta de 31–40 de ani sunt cei mai activi în promovarea modului sănătos de viaţă, manifestând proporţii net majore, în comparaţie cu tabloul general, la toate mijloacele de propagare, iar cei cu vârsta peste 50 de ani sunt cel mai puţin activi. Persoanele cu vârsta până la 40 de ani sunt cele care implică mai pe larg mass-media în promovarea modului

sănătos de viaţă, iar cele cu vârsta între 41 şi 50 de ani preferă lecţiile şi selecţiile şcoală, pe când cele cu vârsta peste 60 de ani – sfaturile (anexa 14).

Sfaturile cel mai frecvent sunt utilizate de către medicii de familie (53,6%), radioul – de către manageri (35,0%), TV – de medicii–specialişti (20,8%), publicaţiile – de manageri şi medicii-specialişti, 40,0 şi 38,8% corespunzător, lecţiile, selecţiile şcoală şi consultarea – de către medicii de familie– 74,9%, 52,4% şi 94,1% corespunzător (anexa 15). De menţionat că medicii de familie folosesc în măsură suficientă şi radioul, şi TV în promovarea modului sănătos de viaţă, cotele proporţionale înregistrate fiind cu puţin sub nivelul general (ordinul zecimilor).

Medicii din IMSP AMT Buiucani şi cei de la IMSP Clinica Universitară de Asistenţă Medicală Primară manifestă cea mai mare activitate în promovarea modului sănătos de viaţă, înregistrând cote net superioare la toate mijloacele de propagare, în comparaţie cu nivelul general, fiind urmaţi de cei din IMSP AMT Râşcani (anexa 17). Cel mai frecvent la emisiunile TV participă medicii din IMSP ATM Buiucani, IMSP Clinica Universitară de Asistenţă Medicală Primară şi IMSP AMT Centru.

Rezultatele prezentate anterior, în opinia noastră, necesită unele concretizări în IMSP AMT Centru şi Botanica, ţinând cont de faptul că anume aceste IMSP au fost beneficiari de granturi pentru ameliorarea activităţii, inclusiv în această direcţie de activitate.

În continuare a fost important să estimăm în ce măsură fiecare mijloc de promovare a modului sănătos de viaţă este utilizat de către medici. Iată rezultatele obţinute:

- *Sfaturile* – medicii de sex feminin (88,2%), cu vârsta 50–60 ani (52,3%), din IMSP AMT Râşcani (22,1%), de specialitate medic de familie (69,6%), cu vechimea în muncă de peste 15 ani (56,4%) şi categoria superioară de calificare profesională (40,8%).
- *Radioul* – medicii de sex feminin (91,0%), cu vârsta de 41–50 ani (37,7%), din IMSP ATM Buiucani (31,1%), de specialitate medic de familie (61,5%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (51,6%) şi categoria superioară de calificare profesională (51,6%).
- *TV* – medicii de sex feminin (91,5%), cu vârsta de 31–40 ani (39,3%), din IMSP AMT Buiucani (29,1%), de specialitate medic de familie (61,5%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (53,0%) şi categoria superioară de calificare profesională (40,2%).
- *Publicaţii* – medicii de sex feminin (87,6%), cu vârsta 41–50 ani (54,9%), din IMSP AMT Buiucani (24,4%), de specialitate medic de familie (54,9%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (56,5%) şi categoria superioară de calificare profesională (43,5%).
- *Lecţii* – medicii de sex feminin (89,7%), cu vârsta 50–60 ani (61,3%), din IMSP AMT Ciocana (21,1%), de specialitate medic de familie (74,1%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (56,5%) şi categoria superioară de calificare profesională (38,0%).
- *Consultare* – medicii de sex masculin (87,3%), cu vârsta 31–40 ani (39,4%), din IMSP AMT Centru (22,6%), de specialitate medic de familie (63,7%), cu vechimea în muncă peste 15 ani (58,0%) şi categoria superioară de calificare profesională (40,7%).

4. FINANȚAREA SERVICIULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN CONDIȚIILE ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII

4.1. Asigurările medicale: scurt istoric

Asigurările, inclusiv cele contra riscurilor, au o istorie îndelungată. Ele au apărut odată cu societatea umană şi sunt legate de dezvoltarea legislaţiei şi a pieţei în domeniu. Asigurarea poate fi privită ca o formă de ajutor între persoane [29, 61].

Actualmente, asigurarea este parte a sferei financiare, o asigurare în economie monetară. Până la sensul modern al asigurărilor medicale s-a ajuns printr-un demers istoric foarte îndelungat.

Primii care au asigurat poporul, făcând şi inscripţii oficiale prin înregistrarea procesului de asigurare de către oficiul notarial guvernamental, au fost regii acamenieni. Tradiţia de asigurare anuală ţine de timpul Nowruzului (începutului Anului Nou iranian), când conducătorii diferitelor grupuri etnice, dar şi alţi doritori, aduceau daruri regelui. Un oficiu special înregistra darurile mai scumpe de 10 mii Derrik (monedă de aur acameniană) [158].

„Media generală" a fost creată de cetăţenii din Rodos, cu o mie de ani mai târziu. Ea permitea grupurilor de negustori să plătească pentru asigurarea bunurilor lor care erau expediate împreună. Primele colectate erau utilizate pentru rambursarea comerciantului ale cărui bunuri au fost deteriorate în timpul transportării sau furtunii.

„Creditul maritim" a fost introdus de grecii antici. El prevedea plăţi în avans pentru călătorii, aceştia fiind scutiţi de întoarcerea creditului în caz de pierdere a navei. În secolul IV î.

Ier.n, ratele pentru credite erau diferite în funcţie de anotimpul mai sigur sau mai periculos pentru navigaţie, implicând o apreciere intuitivă a riscului cu un efect similar asigurărilor [158].

Grecii şi romanii antici au introdus originile asigurărilor de sănătate şi de viaţă circa 600 î. Ier., când au creat aşa-numitele „societăţi benevole", care aveau grijă de familiile membrilor decedaţi, precum şi de plata cheltuielilor funerare ale membrilor acestor societăţi.

Primul contract de asigurări a fost elaborat în Genova şi datează cu anul 1347 [158].

În secolul XV s-a dezvoltat pe larg asigurarea maritimă. Mărimea primelor de asigurare era stabilită intuitiv, în funcţie de riscuri. Aceste noi contracte de asigurări au permis separarea asigurărilor de investiţii, separare care a fost foarte utilă în asigurarea maritimă. Tratatul de drept al lui Pedro de Santarém (Santerna), scris în 1488 şi publicat în 1552, a fost prima carte tipărită despre asigurări [158].

Asigurarea cunoscută astăzi datează de pe timpurile Marelui Incendiu din Londra, care în anul 1666 a înghiţit 13.200 de case, după care Nicholas Barbon a deschis un oficiu de asigurat clădiri. În 1680 tot el a instituit prima companie de asigurări de incendii din Anglia – "The Fire Office" [135].

Hugh Chamberlen a propus, în anul 1694, conceptul de asigurări medicale în Marea Britanie. Prima organizaţie profesională „Equitable", care se ocupa cu asigurarea persoanelor, la început a văduvelor şi copiilor, iar mai târziu a întregii populaţii, apare în Anglia în anul 1699.

În Germania, Austria, Belgia, Olanda, Elveţia şi alte state ale Europei de Vest şi în unele de Est a căpătat răspândire aşa-

numitul sistem „Bismarck”, creat de cancelarul Germaniei Otto fon Bismarck, prin promulgarea a trei legi principale de asigurări: de boală (1883), de accidente (1884), de invaliditate şi bătrâneţe (1889). Aceste legi au conferit un aspect legitim sistemului de asigurare socială de sănătate din Germania. Modelul Bismarck de asigurări este modelul în care rolul principal în formarea fondurilor îl au angajatul şi patronul care, în baza legii, alocă prime în fondurile de asigurare [158].

Analizând mai profund sistemele asigurărilor sociale de sănătate din ţările occidentale, s-a constatat că ele pot fi descrise în termeni structurali. Conceptul structural include şapte componente–cheie, care cuprind nucleul organizatoric al unui sistem de asigurări sociale de sănătate: contribuţii nelegate de riscul de îmbolnăvire, companii de asigurări/case spitaliceşti în calitate de plătitori, solidaritate, pluralism, corporatism, participare, alegere. Fiind combinate, acestea pot fi percepute ca formă instituţională în organizarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate [16, 31, 32, 34].

Conform datelor literaturii de specialitate, începând cu anul 1990, ţările Europei de Vest au modificat diverse aspecte ale aranjamentelor organizatorice şi financiare ale asigurărilor de sănătate. O atenţie deosebită, din punct de vedere politic şi ştiinţific, a fost acordată aspectelor „financiare”, datorită preocupării pentru reducerea sau menţinerea costurilor la serviciile medicale şi sporirea eficienţei lor. Totodată, aceste sisteme au fost reformate considerabil, în vederea altor obiective care nu sunt legate de solidaritate, precum extinderea ariei de acoperire, a accesului la servicii medicale şi a echităţii [31, 32, 33]. În Republica Moldova, prima de asigurare în mărime procentuală achitată din salariu, deşi este în creştere de

la 4% în 2004 la 7% în 2010, este încă destul de redusă şi necesită o sporire graduală, pentru a creşte acumulările în fondurile AOAM şi a extinde pachetul de servicii garantate de Stat [31, 32, 240].

În Republica Moldova, deciziile privind domeniile principale în AOAM sunt luate în mare parte de către Stat: componenţa şi competenţele comisiilor administrative, decizia de a introduce asigurările obligatorii de sănătate universale sau definirea grupelor de populaţie asigurate de Stat; modul de calculare a contribuţiilor; posibilitatea dacă resursele se vor acumula şi realoca caselor individuale în baza unei formule speciale sau dacă cheltuielile vor fi administrate mai eficient în comun; gradul de complexitate a pachetului de beneficii şi dacă acesta este unic pentru toate spitalele; care prestatori de servicii medicale trebuie sau pot fi contractaţi de CNAM; dacă contractarea prestatorilor de servicii medicale de către CNAM va fi efectuată colectiv sau selectiv şi care sunt regulile de contractare (de exemplu, respectarea bugetelor globale sau celor sectoriale); condiţiile de acces la prestatorii de servicii medicale şi termenele de control al accesului, introducerea coplăţilor, deducerilor sau scutirilor [31, 32, 33, 34, 41, 63].

Practica mondială a demonstrat deja că una dintre cele mai eficiente metode de gestionare a finanţelor pentru sănătate este gestiunea activităţii prin asigurări. Aceasta este forma de activitate economică a instituţiilor medicale în relaţiile de piaţă care respectă regulile economice de activitate ale unei instituţii: eficienţă; eficacitate; concurenţă; rentabilitate, costul serviciului; cerere-ofertă mai mare şi alţi indicatori şi parametri economici [16, 51, 70, 71]. Începuturile istorice şi culturale ale asigurărilor sociale/obligatorii de sănătate în diferite ţări sunt

esenţiale pentru înţelegerea actualului management în aceste sisteme. În acelaşi timp, ţinând cont că impactul aspectelor istorice şi culturale variază de la ţară la ţară, este foarte important de a lua în consideraţie nu numai caracteristicile comune ale administrării unui sistem de asigurări sociale de sănătate, ci şi variaţiile prin care sunt exprimate aspectele comune.

Mecanismele de dirijare vizează acordarea accesului la informaţii relevante privind tranzacţiile discutate, cum ar fi: utilizarea banilor, estimarea beneficiilor în termeni de cost, calcularea primelor de asigurare şi ajustarea lor în modul corespunzător, gradul de acoperire a populaţiei cu asigurări, mecanismele de reclamare a deciziilor în cadrul asigurărilor etc. [16, 51].

În sistemele de asigurări medicale, administrarea este reglementată prin lege, care stipulează regulile de bază de activitate a instituţiilor. În cazul în care toate preţurile, beneficiile şi ratele de rambursare sunt decise la nivel naţional, sistemul pare a fi unul ierarhic unitar. La altă extremă este modelul descentralizat: o varietate vastă de forme de asigurare, ce presupune o guvernare socială foarte redusă [49].

Un model de mijloc atractiv este acel în care guvernul subvenţionează semnificativ sistemul de asigurări sociale, utilizând în acest scop bugetul de Stat. În asemenea caz, mecanismele de administrare vor evidenţia o tensiune între sistemele orizontale şi cele verticale de control şi coordonare [36, 76].

Crucial este modul în care guvernarea încadrează negocierile şi conduce sistemul spre obţinerea rezultatelor finale. Durabilitatea mecanismelor de administrare este direct

proporţională cu antrenarea în negocierea cu partenerii; mai mult, odată cu ajustarea sistemelor la exigenţe noi, administrarea sistemelor de asigurări sociale de sănătate trebuie să caute modalităţi de menţinere şi de diversificare a valorilor fundamentale, care stau la baza asigurărilor de sănătate. O dirijare bună se obţine prin mecanisme de autoguvernare (de regulă, prin intermediul consiliilor de administrare) şi reglementări transparente între finanţatori, prestatori şi asigurători în sănătate.

În pofida faptului că specialiştii nu susţin afirmaţia că sistemele asigurărilor sociale de sănătate sunt în primul rând sisteme economice, provocările adresate durabilităţii economice apar la orice nivel al conceptului instituţional: la nivel naţional, supranaţional (spre exemplu, UE) şi global. Actualmente, incertitudinea este controlată relativ bine, totodată aceasta creşte şi pare să se amplifice în viitor [161, 182, 184].

Durabilitatea financiară este cap de afiş al preocupărilor pe viitor. Presiunea financiară este generată de îmbătrânirea rapidă a populaţiei şi, în consecinţă, de reducerea proporţiei dintre numărul populaţiei angajate în câmpul muncii şi numărul pensionarilor. Germania, de exemplu, a reacţionat prin corelarea creşterii veniturilor generale ale asigurărilor sociale de sănătate cu rata măririlor de salariu din care se plătesc contribuţiile. Olanda, în baza unor obiective politice similare, a convenit asupra instituirii unei plăţi suplimentare achitate de asigurat, sub noţiunea de *„primă nominală”*.

Stabilitatea politică de lungă durată a sistemelor asigurărilor sociale de sănătate este indispensabilă ancorării lor la societatea civilă, şi nu la Stat, parteneriatului public–privat bine

calculat şi preferinţei majorităţii partenerilor de a continua aceste aranjamente relativ de succes. Problema cea mai mare pentru asigurările sociale de sănătate vizează abilitatea sistemelor de a-şi menţine acest patrimoniu politic pentru următoarele generaţii [30].

Conform celor menţionate anterior, rolul Statului în procesul de dirijare şi luare a deciziilor pentru sistemele asigurărilor sociale de sănătate pare a fi schimbător. Tradiţional, acest rol este relativ puternic. Legislaţia în domeniu a împuternicit companiile/casele spitaliceşti şi prestatorii să identifice de sine stătător bugetul şi aranjamentele de prestare a serviciilor necesare, un aranjament care poate fi denumit „autoreglementare impusă". Responsabilitatea Statului este de a interveni doar în cazul nerespectării reglementărilor stabilite sau în cazul unei stagnări ce ar pune în pericol accesul populaţiei la serviciile de sănătate. Una dintre schimbările importante în sistemele asigurărilor sociale de sănătate din ultimii zece ani este rolul sporit al Statului de a sista aceste relaţii tradiţionale şi de a interveni cu o serie de reglementări noi.

4.2. Particularităţile implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova

La nivelul ţărilor în tranziţie, printre care se numără şi Republica Moldova, serviciile medicale îşi pierd caracterul pe verticală de acces la servicii medicale universale şi gratuite, intrând sub incidenţa asigurărilor sociale de sănătate legate direct de ocupaţie, respectiv de contribuţia din salariu. Trecerea la sistemul economic bazat pe legile pieţei impune schimbări importante în acest sector. Asigurările sociale de sănătate au demarat în unele ţări sau se află în stadiu de proiect în alte ţări.

Însă, anumiţi paşi au fost realizaţi, în toate statele în tranziţie: descentralizarea şi chiar privatizarea unor segmente ale sistemului de sănătate publică. Este evident faptul că reforma sistemului de sănătate creează numeroase probleme de ordin organizatoric, medical, financiar şi moral [34, 112, 113, 115].

Reformele din sectorul sănătăţii al Republicii Moldova au început să ia amploare în a doua jumătate a anilor ’90 prin dezvoltarea asistenţei medicale primare (introducerea medicinii în familie), consolidarea sectorului spitalicesc (optimizarea numărului de paturi) şi raţionalizarea numărului lucrătorilor medicali. Un element important al acestei perioade a fost elaborarea unui pachet minim de servicii medicale garantate de Stat. Toate aceste componente ale reformei au servit ca bază pentru elaborarea de mai departe a unui proces de planificare mult mai realist şi apropiat de necesităţile populaţiei. Mai târziu a fost îmbunătăţit mecanismul de conlucrare între nivelele primar şi secundar ale asistenţei medicale, au fost elaborate elemente de motivare pentru activităţi preventive şi de promovare a sănătăţii şi au fost instruite cadrele manageriale din sistemul naţional de sănătate publică [47, 105, 111, 120, 129, 130, 133].

O etapă importantă în procesul de reformare a sistemului de sănătate publică a fost lansată odată cu introducerea AOAM în întreaga ţară în anul 2004. Republica Moldova a adoptat în acest scop, încă în anul 1998, Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală [47, 240]. Criza financiară din acea perioadă din ţările CSI a condus la amânarea pentru câţiva ani a implementării acestei legi. Intenţia de a introduce asigurările obligatorii de asistenţă medicală a fost reluată la finele anului 2001, urmând pregătiri intense în anii 2002–2003.

Asigurările obligatorii de asistenţă medicală au demarat efectiv la 1 iulie 2003 în cadrul proiectului-pilot din raionul Hânceşti, iar de la 1 ianuarie 2004 – în întreaga ţară" [47, 240].

Drept argumente de bază pentru această reformă au servit: deteriorarea semnificativă a stării de sănătate a populaţiei începând cu 1990, cu o descreştere a speranţei de viaţă de la 69,1 ani în 1989 la 66,6 ani în 2002, precum şi creşterea incidenţei maladiilor infecţioase; inechitatea pronunţată în accesul la servicii medicale şi costurile crescute ale plăţilor din buzunar; servicii medicale ineficiente din cauza surselor limitate şi practicilor depăşite [109, 110, 133, 134].

Având în vedere realităţile politice, economice şi sociale din Moldova, nu era real de a aştepta revizuirea garanţiilor Statului pentru serviciile medicale gratuite. Dimpotrivă, prin introducerea AOAM apărea posibilitatea de a avea un pachet restrâns de servicii, corespunzător mijloacelor financiare existente. În consecinţă, accesul gratuit al populaţiei devaforizate la un pachet minim de servicii a fost de facto asigurat. Planificarea financiară în sănătate şi restructurarea prestării serviciilor ar fi fost extrem de dificile fără AOAM.

Principalele obiective ale introducerii sistemului AOAM au fost sporirea şi stabilizarea finanţării publice a sistemului de sănătate şi creşterea accesului la servicii medicale de calitate [47, 99, 131, 132, 133].

Reforma finanţării din R. Moldova a avut câteva particularităţi unice: s-a reuşit creşterea accesului la serviciile medicale prin revizuirea considerabilă a garanţiilor de stat anterioare la un tratament gratuit; mărimea contribuţiilor din diferite surse a fost expres stabilită de legislaţie; a fost atins un nivel înalt de consens şi coordonare între diferiţi actori ai

reformei, iar implementarea a fost rapidă şi consistentă; colaborarea eficientă cu partenerii internaţionali în implementarea şi monitorizarea reformei. Modelul finanţării sănătăţii a corespuns condiţiilor economice ale ţării, iar obiectivele reformei au fost, în mare parte, atinse. Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, au fost introduse bazele unei economii de piaţă în domeniul sănătăţii prin modificarea mecanismului de finanţare şi contractarea prestatorilor de servicii medicale. Evoluţia asigurărilor din R. Moldova a dus la crearea unui sistem complex cu variate componente. Actualul sistem al asigurărilor este rezultatul experienţei acumulate pe parcursul a 20 de ani de adaptare şi de tranziţie la economia de piaţă, perioadă în care s-au creat condiţiile necesare, baza transformărilor radicale atât în structura pieţei asigurărilor, cât şi în gradul de cuprindere al ei la nivel naţional [28, 47, 49, 203–205, 208, 209].

Demonopolizarea economiei Republicii Moldova, cu elaborarea concomitentă a unor măsuri de modificare şi reglementare a activităţii de asigurare, au creat premisele necesare desfăşurării activităţii de asigurare în corespundere cu exigenţele economiei de piaţă. A fost adoptate noi forme de realizare a activităţii de asigurare şi de reasigurare, prin intermediul societăţilor pe acţiuni sau societăţilor cu răspundere limitată, cu capital de stat, privat sau mixt, care funcţionează în baza statutelor lor şi în conformitate cu legislaţia în vigoare [61].

Cuprinderea universală cu asigurări obligatorii de asistenţă medicală este unul dintre obiectivele-cheie ale sistemului de sănătate publică din Republica Moldova, deşi ar putea să fie

nevoie de câţiva ani ca acest obiectiv să devină realitate. Rezultatele primilor ani de implementare a AOAM sunt optimiste, date fiind ratele crescânde de cuprindere care, în acelaşi timp, evidenţiază decalajul pronunţat dintre teritoriile administrative. Gradul de acoperire a populaţiei cu asigurări obligatorii de asistenţă medicală a fost evaluat în studiul gospodăriilor casnice, desfăşurat în anul 2005, apoi în 2010 şi prin studiul de evaluare a infrastructurii şi resurselor umane ale sistemului de asistenţă medicală primară din anul 2007 [2, 38].

Modelul de asigurări obligatorii de asistenţă medicală aplicat în Republica Moldova conţine elemente inerente sistemelor sociale de asigurări medicale întâlnite şi în alte ţări şi are la bază următoarele principii-cheie:

1. *Solidaritatea*, principiu fundamental al asigurărilor sociale de sănătate, care arată că contribuţia plătitorilor nu diferă în funcţie de vârstă, de starea sănătăţii sau de alţi factori care pot induce riscul de îmbolnăvire. Astfel, indiferent de cantitatea serviciilor utilizate în perioada de asigurare, persoanele plătesc prime de asigurare relativ egale. Acest principiu promovează ajutorul social reciproc şi, de fapt, înseamnă că cei sănătoşi plătesc pentru cei bolnavi şi cei tineri pentru cei bătrâni.

2. *Echitatea* în acordarea serviciilor de sănătate, inclusiv pentru persoanele din grupuri socialmente – vulnerabile.

3. *Accesul universal* al populaţiei la servicii de sănătate. Un accent deosebit se pune pe serviciile de asistenţă medicală primară, pe profilaxia maladiilor.

4. *Garantarea calităţii* serviciilor medicale oferite în cadrul sistemului prin achitarea prestatorilor de servicii medicale şi controlul calităţii acestor servicii.

Modelul propus nu exclude posibilitatea existenţei asigurărilor facultative de asistenţă medicală [61]. Legea nr. 1585–XIII cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală din 27 februarie 1998 oferă un drept egal de asigurare a sănătăţii pentru toţi cetăţenii care, odată fiind asiguraţi, indiferent de mărimea primei de asigurare, au posibilitatea să obţină asistenţa medicală necesară şi calitativă în conformitate cu Programul Unic.

Caracterizând sistemul AOAM ca unul de tip asigurare socială de sănătate, trebuie, totuşi, menţionate particularităţile lui în comparaţie cu alte tipuri: asigurare de pensii, asigurare de incapacitate temporară de muncă, asigurarea riscurilor profesionale. Printre aceste particularităţi se numără, în primul rând, specificul riscului asigurat în sistemul AOAM; în al doilea rând, particularităţile subiecţilor încadraţi în acest sistem; în al treilea rând, existenţa unor reguli specifice de formare a sistemului financiar al AOAM; în al patrulea rând, acordarea beneficiilor în formă de servicii medicale şi nu bănească, precum şi lipsa diferenţierii pachetului de servicii în funcţie de gradul de risc al persoanei [17, 64].

Mijloacele financiare ale fondurilor de asigurări obligatorii de asistenţă medicală sunt cheltuite în măsură covârşitoare pentru cumpărarea serviciilor medicale (peste 94%) şi sunt folosite în final pentru acoperirea cheltuielilor instituţiilor medicale cauzate de prestarea acestor servicii (salarizarea personalului, medicamente şi consumabile, cheltuieli de regie etc.) [17].

În condiţiile sistemului AOAM actual, veniturile instituţiilor medico-sanitare sunt direct dependente de volumul şi calitatea serviciilor prestate, spre deosebire de vechiul sistem, în care

instituţiile bugetare erau finanţate în baza devizelor, indiferent de rezultatele activităţii lor. Existenţa unei surse autonome stabile de finanţare în forma mijloacelor fondurilor AOAM a adus un beneficiu palpabil tuturor: instituţiilor, care îşi planifică mai eficient cheltuielile; medicilor, deoarece a apărut o sursă stabilă de achitare a salariilor, şi pacienţilor, pentru care din mijloacele AOAM sunt achitate diverse servicii medicale incluse în Programul Unic şi se compensează medicamente în condiţii de ambulatoriu. În rezultat, obiectivul principal al întregului sistem de sănătate publică devine pacientul, care obţine asistenţa medicală şi aduce venit instituţiei medicale [87].

Autonomia financiară şi de gestiune este un element cardinal al noului sistem de asigurare obligatorie de asistenţă medicală. Eventuala renunţare la principiile autonomiei fondurilor de asigurări, a asigurătorului sau instituţiilor medico-sanitare publice, ar însemna periclitarea realizărilor obţinute şi apreciate de experţii internaţionali, precum şi riscul de provocare a unei crize în sistemul de sănătate publică [17].

Fostele instituţii medicale bugetare au fost transformate în instituţii medico-sanitare publice, cu autonomie financiară şi de gestiune, nonprofit. Ca urmare, instituţiile medico-sanitare publice au căpătat posibilitatea gestionării mult mai flexibile a mijloacelor financiare obţinute, fără o tutelare excesivă din partea unor instituţii externe, cu un impact considerabil asupra eficienţei activităţii lor economico-financiare [31, 76, 133].

În prezent, activitatea sistemului de sănătate este reglementată în mare măsură de mecanismele economice ale relaţiilor dintre furnizorul şi cumpărătorul serviciilor medicale. Această activitate se bazează pe relaţiile contractuale dintre

CNAM, agenţiile ei teritoriale cu prestatorii de servicii medicale şi farmaceutice, angajatori, alţi asiguraţi, care delimitează strict drepturile şi obligaţiile fiecărei părţi [27, 242].

A fost format sistemul autonom de colectare a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală şi de repartizare pe fonduri de asigurări, destinate procurării serviciilor medicale necesare persoanelor asigurate şi realizării unor măsuri de reducere a riscurilor de îmbolnăvire. Acest fapt permite, chiar şi în condiţiile unor eventuale deficienţe în acumularea veniturilor bugetului de stat, să fie asigurată finanţarea ritmică şi stabilă a sistemului de sănătate publică, să fie evitate problemele caracteristice unor ramuri ale sferei bugetare [17, 47].

Formarea unui mecanism de finanţare adiţional independent, relativ protejat de influenţele arbitrare ale unor instituţii centrale, de posibile sechestrări în folosul bugetului de stat, a permis creşterea garantată şi continuă a volumului de servicii medicale prestate populaţiei, iar în multe cazuri a condiţionat păstrarea şi dezvoltarea infrastructurii medicale [64, 99].

4.3. Analiza alocării şi distribuirii resurselor financiare în asistența medicală primară din municipiul Chișinău

Dezvoltarea sistemului de sănătate din municipiul Chişinău, cu expunerea cronologică a reformelor implementate, a fost expusă anterior. Capitolul dat este consacrat asigurării financiare a activităţii AMP. Mai întâi de toate, menţionăm principiile de organizare a asistenţei medicale primare proprii sistemului actual: finanţarea separată a sistemului primar de cel specializat şi de staţionar, asigurarea concurenţei şi autonomiei în gestionarea instituţiilor medicale, finanţarea prioritară a

serviciilor medicale în teritorii, descentralizarea funcţiilor manageriale, excluderea dublării serviciilor medicale, planificarea volumului serviciilor în baza necesităţilor reale ale populaţiei. Pentru asigurarea dezvoltării prioritare a asistenţei medicale primare, paralel cu separarea finanţelor, pe parcursul ultimilor 7 ani se constată o tendinţă de creştere a cheltuielilor în favoarea serviciilor primare.

Începând cu ianuarie 2004, serviciile medicale sunt acordate în baza contribuţiei la fondul de asigurări de sănătate – Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală nr. 1585–XIII din 27 februarie 1998, cu modificările ulterioare. În total au fost aprobate 4 legi organice şi 18 hotărâri de guvern cu următoarele aspecte: mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare, condiţiile de asigurare a cetăţenilor străini, aprobarea statutului şi crearea agenţiilor teritoriale ale CNAM, constituirea Consiliului Naţional de Administrare al CNAM, Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, contractul-tip de asigurare obligatorie, poliţa de asigurare, modelele de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, contractul-tip de acordare a asistenţei medicale în cadrul asigurărilor; Programul Unic al AOAM; Regulamentul cu privire la statutul juridic, modul de activitate economico–financiară şi gestionare a surselor financiare a instituţiilor medicale în cadrul AOAM; tarifele la serviciile medico-sanitare etc.

Pentru obţinerea unui grad suficient de autonomie în gestionarea resurselor, instituţiile medicale bugetare şi-au modificat statutul, devenind instituţii medico-sanitare publice la autogestiune, nonprofit, obţinând dreptul deplin de gestionare financiară.

Ca urmare a reformelor implementate până în prezent, activitatea instituţiilor medicale este finanţată din mai multe surse: mijloace provenite din prestarea serviciilor medicale incluse în Programul Unic al AOAM, mijloace provenite din acordarea serviciilor medicale contra plată, mijloace alocate din bugetele locale pentru investiţii capitale, alte mijloace provenite din granturi, acorduri şi donaţii.

În AMP se aplică sistemul de plată *per capita*. Acest sistem este cel mai uşor de administrat şi este foarte eficient, deoarece oferă posibilitatea controlului general al cheltuielilor pentru toate serviciile incluse în Programul Unic. Suma de capitaţie se calculează prin împărţirea sumelor totale destinate asistenţei medicale primare la numărul de persoane asigurate. Furnizorul de asistenţă medicală primeşte suma de capitaţie calculată, reieşind din numărul de persoane asigurate înregistrate în lista furnizorului, repartizată în 12 rate, pentru fiecare lună. Totodată, plata *per capita* permite şi modificarea modului de salarizare a medicului de familie.

În rezultatul implementării AOAM, au apărut un şir de tendinţe pozitive, cum ar fi: sporirea volumului de finanţare, adresări mai frecvente ale populaţiei la medic, asigurarea cu medicamente integral sau parţial compensate în cazul anumitor patologii sau stări de sănătate, conform prevederilor Programului Unic al AOAM.

În perioada 2004–2010 se constată o majorare progresivă a bugetului global, de la 214305,6 mii lei în anul 2005 până la 546559,0 mii lei în 2010, ceea ce este de 2,5 ori mai mult. Aceste majorări au avut loc practic pe contul tuturor surselor, însă ponderea mai mare o au alocările de la CNAM şi MS (fig. 4.1). Rata medie anuală a bugetului global este de +13,59% şi

de + 9,81% a alocărilor de la CNAM+MS. Descrierea matematică a proceselor de acumulare a veniturilor în perioada cercetată, cu o certitudine de $0,01 \leq p \leq 0,02$, corespunde următoarelor ecuaţii:

- *pentru bugetul global:* $y = 84718x + 11519$, $r^2 = 0,992$; *(4.1)*
- *pentru alocările de la CNAM+MS:* $y = 74385x + 7299,4$ $r^2 = 0,982$, *(4.2)*

unde: *y – valoarea numerică a fenomenului studiat; x – enumerarea convenţională a perioadelor (ani), care de obicei începe cu 0 şi continuă în ordine crescândă,* r^2 *– coeficientul de aproximare.*

Tabloul structural al mijloacelor financiare, care în totalitatea lor formează bugetul global al instituţiilor medicale municipale în perioada dată, practic rămâne neschimbat, cu unele fluctuaţii procentuale într-o direcţie sau alta (fig. 4.1). Ponderea cea mai considerabilă revine mijloacelor alocate de la CNAM+MS (79,4±3,09%), urmate apoi de mijloacele financiare extrabugetare (10,3±2,33%), de cele din bugetele locale (5,3±1,56%) şi alte surse (5,1±1,48%) (fig. 4.1).

Astfel, suma bugetului global executat pe parcursul perioadei de observaţie permite de a majora volumul de servicii medicale prestate. În perioada de referinţă, instituţiile medicale municipale ale sectorului primar au prestat servicii medicale populaţiei asigurate peste prevederile Programului Unic al AOAM şi celei neasigurate în sumă totală de 40796,9± 206,2 mii lei.

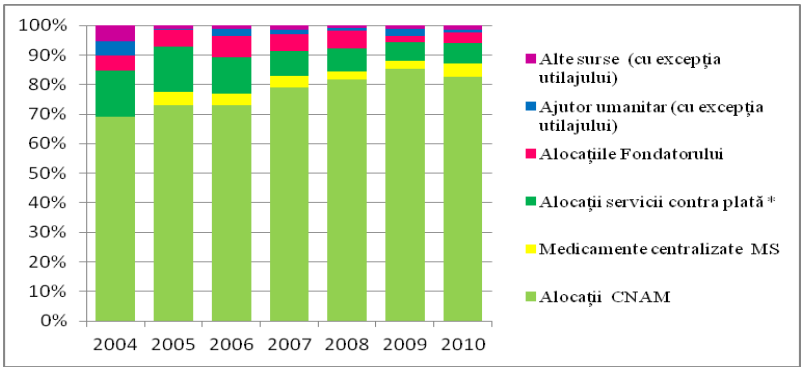


Fig. 4.1. ***Structura alocărilor în bugetul global al AMP municipale***

Despre utilizarea raţională a mijloacelor financiare obţinute de la CNAM ne vorbeşte structura cheltuielilor suportate de instituţiile medicale municipale la unele compartimente ale activităţii de bază. În perioada de până şi după implementarea AOAM, 91,2 ±0,33% şi 89,2±0,23% din alocările financiare erau destinate AMT, diferenţele înregistrate ($p<0,05$) denotă îmbunătăţirea finanţării CS (tab. 4.1).

Tabelul 4.1. ***Structura alocărilor resurselor financiare către IMSP municipale (%), până şi după implementarea AOAM***

IMSP	***1998–2003***		***2004–2010***		***t***
	M	***m***	***M***	***m***	
AMT Botanica	20,3	0,95	19,5	2,25	0,31
AMT Buiucani	14,4	0,00	15,9	0,67	2,28
AMT Centru	21,0	1,97	17,8	0,56	1,56
AMT Ciocana	17,6	1,16	16,4	0,53	0,93
AMT Râşcani	17,9	1,85	19,6	0,78	0,85
CS Băcioi	0,8	0,06	1,0	0,02	2,36
CS Bubuieci	0,6	0,04	0,8	0,03	3,93
CS Budeşti	0,9	0,21	0,4	0,02	1,89
CS Ciorescu	0,5	0,02	0,6	0,04	4,37
CS Colonița	0,2	0,04	0,4	0,05	2,84
CS Cricova	0,6	0,03	0,9	0,05	3,76
CS Durleşti	1,3	0,12	1,7	0,06	3,17
CS Ghidighici	0,4	0,02	0,5	0,02	4,98
CS Grătieşti	0,4	0,04	0,6	0,02	4,04
CS Sângera	1,0	0,09	1,3	0,09	1,79
CS Stăuceni	0,5	0,05	0,7	0,02	3,17
CS Truşeni	0,6	0,07	0,8	0,03	2,99
CS Vadul-lui-Vodă	0,8	0,10	0,6	0,02	1,94
CS Vatra	0,2	0,10	0,4	0,02	1,72
total AMP	100,0	0,00	100,0	0,00	0,00
total AMT	91,2	0,33	89,2	0,23	4,77
total CS	8,8	0,33	10,8	0,23	4,77

Sursele financiare acumulate, conform cheltuielilor suportate de instituţiile medicale municipale, au fost utilizate prioritar pentru salarizare (47,7±1,25%), pentru procurarea medicamentelor (15,1±0,61%), pentru contribuţii la buget (12,6±0,67%), pentru energie termică (1,9±1,59%), pentru energie electrică (1,4 ±0,46%) şi pentru procurarea produselor

alimentare (0,1±0,27%). După implementarea AOAM, cheltuielile la capitolul medicamente au crescut cu circa 7,3% (fig. 4.2).

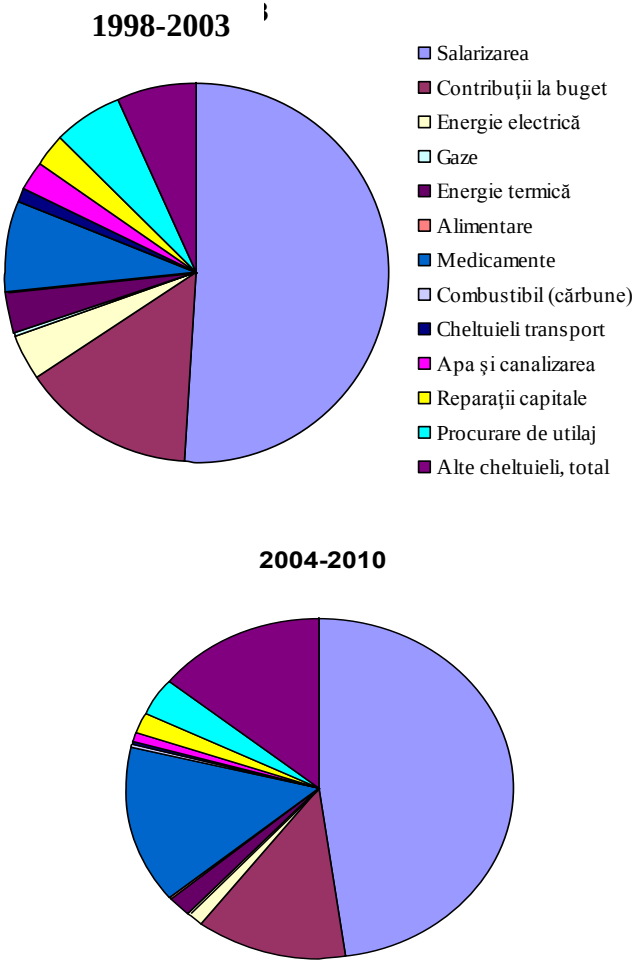


Fig. 4.2. ***Structura cheltuielilor suportate de către IMSP municipale de AMP până şi după implementarea AOAM, %***

Majorarea alocaţiilor financiare în perioada de referinţă a permis de a acorda persoanelor asigurate, în condiţii de ambulatoriu, un număr mai mare de servicii medicale paraclinice. Este în creştere numărul de analize efectuate la o adresare, fapt ce indică eficientizarea organizării şi prestării serviciilor medicale. Practic, toate CMF organizează transportarea sângelui la laborator prin serviciul-curier. Pe parcursul perioadei 2004–2010, pentru tratamentul pacienţilor, inclusiv cronici şi a celor imobilizaţi la pat în condiţii de ambulatoriu, au fost alocate mijloace financiare pentru medicamente în sumă de 55.291,2±2.126,67 mii lei anual, ceea ce constituie cu 35,2% mai mult, comparativ cu 1998–2003.

Deşi alocările la buget cresc progresiv, gradul de acoperire cu medicamente şi produse alimentare (produse lactate pentru copii până la un an) a necesităţilor instituţiilor medicale municipale înregistrează o micşorare, şi anume de la 15.3% în anul 2005 până la 12,5% în anul 2010 a cheltuielilor pentru medicamente şi de la 4,5% în 2005 până la 2,9% în anul 2010 a celor pentru alimentaţia pacienţilor. Aceste date ne demonstrează clar că cheltuielile la compartimentele menţionate nu pot asigura calitatea serviciilor prestate la nivelul Protocoalelor clinice conform standardelor medico-economice.

Un alt factor important în aspectul gestionării raţionale a resurselor este şi costul medicamentelor pentru tratament în condiţii de ambulatoriu, subiect decisiv pentru menţinerea mai multor pacienţi în cadrul AMP şi al asistenţei specializate de ambulatoriu, precum şi pentru reducerea presiunii fluxului de pacienţi asupra serviciului spitalicesc.

În continuare ne vom opri mai detaliat la asigurarea pacienţilor cu medicamente compensate şi parţial compensate. În anii 2006–2010, în instituţiile medicale municipale au fost prescrise în medie 385299,0±55731,25 şi 60982,2±11507,83 reţete, corespunzător în AMT - uri şi CS (anexa 18). În AMT Botanica sunt prescrise cele mai multe reţete pentru medicamente compensate şi parţial compensate (31,9±1,13%), urmată de AMT Râşcani (22,3±0,16%) şi AMT Centru (15,7±0,43%) (anexa 19). Printre centrele de sănătate, întâietatea la acest indicator aparţine CS Durleşti (15,7±0,51%), urmat de CS Băcioi (9,4±0,41%) şi CS Sângera (8,6±0,39%) (anexa 19).

Analiza activităţii centrelor de sănătate autonome din suburbiile municipiului Chişinău, în dinamica anilor 2004–2010, a demonstrat creşterea performanţei conducătorilor CS în ceea ce priveşte dirijarea şi utilizarea surselor financiare acumulate. Finanţarea directă a CS a contribuit nemijlocit la gestionarea mai eficientă a surselor financiare acumulate, prestarea serviciilor medicale calitative şi în volum adecvat, cu asigurarea economiei reale la diferite articole, în special la serviciile comunale, care au dat posibilitatea ca sursele financiare economisite să fie orientate spre ameliorarea bazei tehnico-materiale a instituţiilor medicale.

În fig. 4.3 sunt prezentate sumele alocate pentru medicamentele compensate şi parţial compensate, necesare tratamentului în condiţii de ambulatoriu. Ţinând cont de nivelul inflaţiei, am considerat oportună estimarea sumelor alocate în unităţi convenţionale (dolari SUA), pentru a obţine cifre estimative pe plan internaţional. În dinamică se remarcă creşterea sumei de aproximativ 2 ori.

Se constată o neuniformitate a sumelor cheltuite pentru medicamente compensate şi parţial compensate, în funcţie de instituţiile medicale (anexa 19). Sumele compensate pentru procurarea medicamentelor în perioada 2006–2010 alcătuiesc în medie 15304009,4±5568815,04 lei în AMT şi 2129103,3±887705,89 lei în CS.

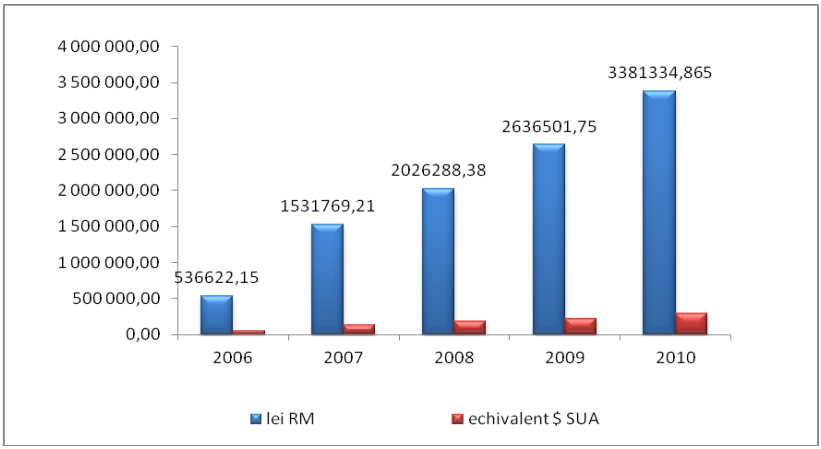


Fig. 4.3. ***Sumele alocate pentru medicamentele compensate şi parţial compensate, necesare tratamentului în condiţii de ambulatoriu în municipiul Chișinău***

După cum se observă în fig. 4.4, cele mai mari sume au fost alocate în AMT Botanica – 3952365,1±1550822,89 lei, ceea ce constituie 32,5±2,96%, urmată apoi de AMT Râşcani – 2885625,2±1372427,39 lei (22,9±0,93%).

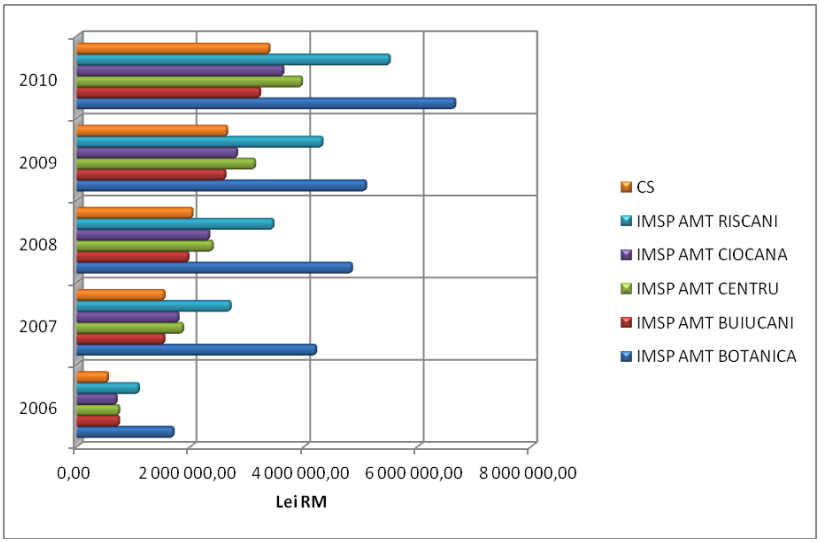


Fig. 4.4. ***Sumele alocate pentru procurarea medicamentelor prescrise în instituţiile medicale din municipiul Chișinău***

Cu toate că anual se alocă o sumă esenţială pentru medicamente, necesitatea populaţiei pentru tratamentul unor patologii (HTA, afecţiunile sistemului digestiv etc.) nu este acoperită. În ceea ce priveşte asigurarea pacienţilor cu medicamente compensante, 77,1% (461) din medicii intervievaţi sunt de părerea că oferta acoperă cererea, 13,6% (81) consideră că acoperirea este parţială, iar 8,4% (50) sunt de părerea că necesarul nici pe departe nu este acoperit. Majoritatea specialiştilor, care consideră că beneficierea de medicamente compensate sau parţial compensate este insuficientă sunt angajaţi în instituţiile medico-sanitare publice din AMT Centru şi Ciocana – 11,5% şi 14,9% respectiv.

Managerii consideră că acoperirea cu medicamente compensate atinge cifra de 85,0% (34). Acest indicator este mai înalt printre medicii de familie (88,5%) şi net inferior

printre medicii-specialişti-51,9% (95). De menţionat că tot medicii-specialişti sunt cei care au demonstrat cea mai înaltă cotă de neasigurare cu medicamente compensate – 24,0% (44) versus 8,36% (50) în medie pe municipiu.

Cu totul alt tablou, se atestă în privinţa asigurării gratuite şi parţial gratuite cu medicamente: 68,6% (839) din persoane au beneficiat de medicamente compensate, 20,1% (246) nu au beneficiat, iar 10,2% (125) au beneficiat parţial de medicamente compensate. Cel mai înalt grad de satisfacere a cererii de medicamente compensate este caracteristic pentru bolnavii grupei de vârstă 41–50 de ani (17,6%), urmaţi de cei cu vârsta cuprinsă între 31 şi 40 de ani (15,6%) şi cei de 51–60 ani (14,6%). În acelaşi timp, pacienţii grupei cu vârsta de 21–30 de ani constituie majoritatea celor care au menţionat că nu au beneficiat de medicamente compensate.

La sporirea calităţii îngrijirilor medicale acordate, inclusiv în sectorul medical primar, contribuie şi motivarea personalului medical, care poate fi măsurată direct prin remunerarea muncii. Principalele rezultate ale evaluării dinamicii nivelului mediu de salarizare a personalului medical sunt prezentate în anexa 20.

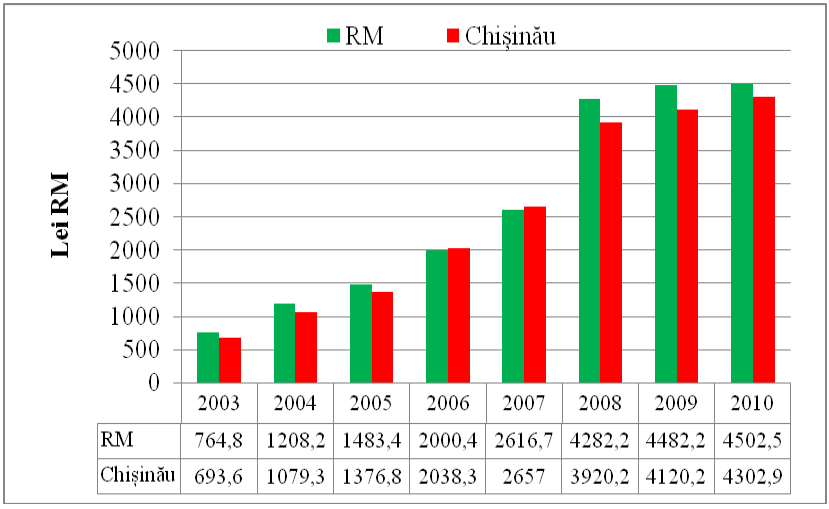
Retribuirea muncii medicului de familie se face în funcţie de numărul de persoane asigurate. Pentru remunerarea muncii personalului instituţiilor medicale din AMP în cadrul AOAM se planifică circa 60% din sursele disponibile. La acest capitol menţionăm modificarea principiilor de salarizare, stipulate în Regulamentul salarizării, aprobat prin hotărâre de guvern. Astfel, au fost concretizate modul, mărimea şi condiţiile de retribuire a muncii salariaţilor din instituţiile medicale municipale, în raport cu răspunderea şi complexitatea sarcinilor, volumul şi calitatea muncii, precum şi cu nivelul de

pregătire profesională şi rezultatele activităţii economico–financiare ale instituţiei medicale.

Astfel, salariul mediu lunar pe ramură, la nivel municipal, în perioada raportată a sporit cu 1086,0 lei în comparaţie cu a. 2007 şi cu 432,0 lei comparativ cu a. 2009, sau cu circa 117,1%.

Media salariului lunar la finele anului 2010 pentru medicii de familie din municipiu a constituit 4165,0 lei, pentru asistentele medicale de familie-3205,0 lei, iar pentru medicii-specialişti în condiţii de ambulatoriu – 4358,0 lei.

În această ordine de idei, în fig. 4. și cimci ce urmează vom prezenta salariul mediu al medicilor de familie angajaţi în AMP din Republică, versus municipiului Chișinău



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RM	764,8	1208,2	1483,4	2000,4	2616,7	4282,2	4482,2	4502,5
Chișinău	693,6	1079,3	1376,8	2038,3	2657	3920,2	4120,2	4302,9

Fig. 4.5. ***Salariul mediu la o funcţie ocupată de medicul de familie angajat în AMP, în lei (anii 2003–2010)***

Datele prezentate demonstrează clar cointeresarea tinerilor specialişti de a se angaja în activitatea profesională în sectorul rural, pentru care este caracteristică o lipsă semnificativă de

cadre medicaledin sectorul

În continuare prezentăm rezultatele unui sondaj sociologic a 598 medici medical primar al municipiului Chișinău, efectuat în luna noiembrie 2008, referitor la salarizare. Se constată un decalaj în opinia medicilor referitor la motivarea materială pentru activitate - numai 7,7% (47 persoane) sunt satisfăcuţi de mărimea salariului, parţial satisfăcuţi 19,4%, pe când 72,6% (434 persoane) consideră valoarea salariului sub nivelul de satisfacţie, deoarece nu corespunde nici aşteptărilor şi nici efortului depus.

Pentru organizarea eficientă a sistemului de sănătate este important, din punctul de vedere al managementului contemporan, să evaluăm repartizarea resursele financiare şi existenţa criteriilor pentru estimarea cantitativă a calităţii serviciilor medicale acordate. În această ordine de idei am totalizat unele rezultate ale implementării AOAM, care sunt prezentate în fig. 4.6.

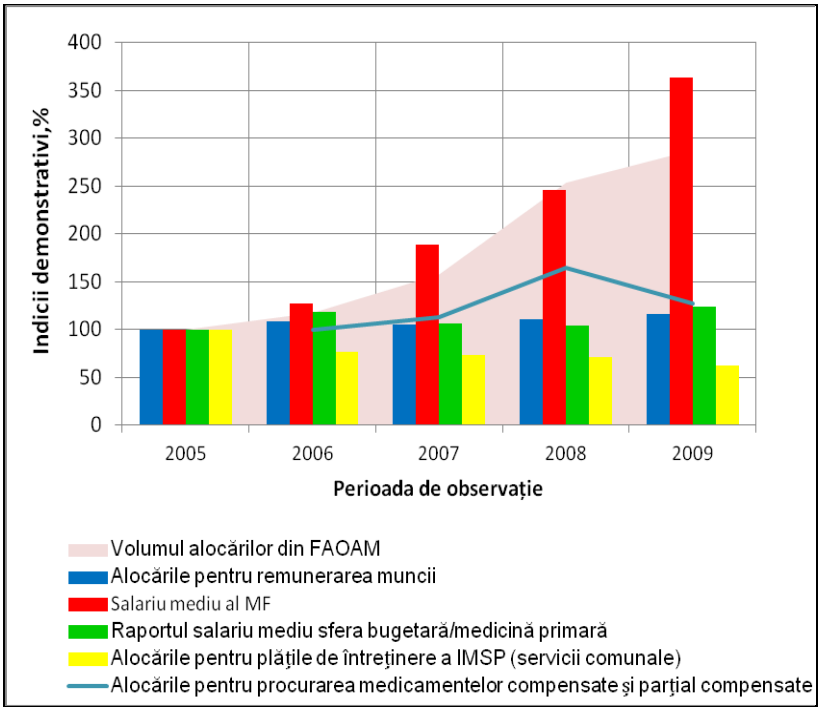


Fig. 4.6. ***Indicii dinamicii alocării şi distribuirii resurselor financiare în AMP din municipiul Chişinău***

Referitor la finanţare, este de menţionat faptul că în condiţiile de majorare a alocărilor pentru AMP se constată o sporire mai considerabilă a salariului mediu al MF şi se diminuează cheltuielile pentru întreţinerea instituţiilor, pe fundal de majorare continuă a tarifelor, ceea ce induce deteriorarea mijloacelor fixe şi crearea condiţiilor de muncă insalubre. Considerăm important de a atenţiona că salariul mediu al MF a crescut de circa 3,5 ori în comparaţie cu perioada de referinţă, valoarea raportului dintre salariul mediu în sfera bugetară şi salariu mediu în AMP rămâne practic la acelaşi nivel.

Este important să menţionăm că până în prezent nu au fost utilizaţi indicatori unificaţi pentru evaluarea eficacităţii implementării AOAM (tab. 4.2.).

Tabelul 4.2. Metodele de alocare a resurselor financiare de către CNAM pentru AMP

Perioada	***Modalitatea de finanţare***	***Indicii de monitorizare***
2004	Per capita	
2005	Per capita+bonificaţie pentru îndeplinirea planului indicatorilor de calitate	
2006-2009	Per capita+bonificaţie pentru îndeplinirea planului indicatorilor de calitate+finanţarea pe caz tratat (în cabinetele de proceduri, staţionarele de zi şi la domiciliu)	• volumul de asistenţă medicală primară prevăzut în Programul Unic • serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie • medicamente compensate • indicatori de calitate
2010	Per capita ajustat la vârstă	• volumul de asistenţă medicală primară prevăzut în Programul Unic • serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie • medicamente compensate

Acest fapt creează incertitudini în evaluare şi nu permite de a obţine dovezi elocvente care ar sta la baza concluziilor şi elaborarea măsurilor de eficientizare a activităţii sectorului de sănătate, inclusiv a sectorului AMP.

În ceea ce priveşte criteriile de evaluare cantitativă a calităţii serviciilor medicale prestate, acestea nu sunt elaborate, ceea ce a servit ca argument pentru următoarea etapă a actualei cercetări, în cadrul elaborării măsurilor de eficientizare.

Datele relatate anterior vorbesc atât despre performanţele reformelor efectuate, cât şi despre dificultăţile generate, cu precădere în managementul financiar, care în condiţiile AOAM este deosebit de complex, fiind condiţionat de următorii factori:

- multitudinea de relaţii de tip agent: medic – pacient, administrator–proprietar, terţi plătitori – asigurat, organizaţii prestatoare de servicii medicale – CNAM, APC şi APL, inspectorii;
- caracterul mixt, deosebit al sistemului de sănătate: uneori furnizorii şi terţii plătitorii sunt reprezentaţi de structuri publice şi private, cu profit sau nonprofit, coexistând concomitent;
- un cadru legislativ mai restrictiv decât în alte sectoare economice, cum ar fi acreditările, avizările, certificările, regulamente speciale pentru personal etc.;
- creşterea accelerată a tarifelor la serviciile medicale prestate şi a pârghiilor financiare, pe care guvernul le foloseşte în scopul controlului;
- investiţiile mari pe care le implică clădirile, tehnologiile medicale moderne costisitoare şi perfecţionarea continuă a resurselor umane;
- capitalul destul de riguros, care impune managerul financiar din sănătate să manifeste o vigilenţă sporită, pentru a evita orice criză determinată de lipsa unor stocuri adecvate de materiale consumabile, medicamente etc.

5. CALITATEA SERVICIILOR ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

5.1. Abordarea calităţii serviciilor medicale prestate populaţiei

Sporirea calităţii serviciilor medicale are un istoric vechi, dar care se rezumă la tentativa de îmbunătăţire continuă a calităţii şi de minimizare a erorilor [4, 9, 18, 19, 35, 91, 174].

De-a lungul timpului, calitatea serviciilor medicale a fost definită în variate moduri. Definiţia calităţii a evoluat în paralel cu creşterea numărului de aplicaţii practice ale diferitelor modalităţi ştiinţifice de abordare a problemelor specifice acestui domeniu [18, 19, 91, 141, 174, 186, 215].

De la începutul anilor ’70, lucrările lui Avedis Donabedian au influenţat paradigma medicală predominantă în definirea şi măsurarea calităţii serviciilor medicale. În opinia lui Donabedian, calitatea îngrijirilor medicale este dependentă de modalitatea de aplicare a ştiinţei şi tehnologiei medicale, astfel încât să fie maximizate beneficiile îngrijirilor fără a creşte riscurile. Acelaşi specialist menţionează că anume calitatea reprezintă “acel atribut al îngrijirilor de sănătate care are două aspecte: faptul de a face ceea ce trebuie şi cum trebuie”. Astfel, se evidenţiază natura dual ă a calităţii: latura tehnică şi cea interpersonală. În consecinţă, aprecierea calităţii trebuie obiectivizată prin evaluarea acestor două aspecte la nivelul serviciilor de sănătate, acordând atenţie atât aspectelor cuantificabile, cât şi celor „subiective” (atitudini şi relaţii interpersonale) [6, 11, 18, 19, 26, 67, 96, 125, 147, 153].

Atât aspectul tehnic, cât şi cel interpersonal aparţin în egală măsură ştiinţei şi artei, fără a fi posibil să se traseze o linie de demarcaţie foarte clară între aceste două componente de bază

ale îngrijirilor de sănătate. Totuşi, pacienţii apreciază prioritar latura umană sau interpersonală a îngrijirilor, considerând-o drept una dintre cele mai importante atunci când sunt rugaţi să evalueze calitatea serviciilor medicale [39, 40, 67, 163, 117, 188, 199, 200].

Unele studii au demonstrat că aceste dimensiuni pot fi evaluate şi separat, dar concluzia la care au ajuns specialiştii a fost că modul cel mai simplu şi mai puţin costisitor de evaluare a calităţii serviciilor de sănătate este măsurarea satisfacţiei pacienţilor [6, 19, 26, 49, 122, 141, 148, 188].

Această afirmaţie se înscrie cea mai acceptată definiţie a calităţii, aplicabile tuturor serviciilor: calitatea reprezintă satisfacerea necesităţilor clientului.

Ulterior, cercetătorii din domeniul sănătăţii au ajuns la un consens cu privire la modul de definire a calităţii îngrijirilor medicale, afirmând că pentru a elabora o definiţie utilă este necesară enumerarea tuturor elementelor implicate în obţinerea satisfacţiei pacientului:

- *Latura tehnică a îngrijirilor de sănătate* – se referă la acurateţea procesului de diagnostic şi de tratament, iar calitatea sa este evaluată prin comparaţie cu cel mai bun act medical practicat la un moment dat (benchmarking) [49, 91, 92, 123, 125].
- *Latura interpersonală a îngrijirilor de sănătate* – este reprezentată de elementele umaniste ale îngrijirilor de sănătate şi de relaţiile sociale şi psihologice stabilite între pacient şi furnizorul de servicii medicale, precum şi de explicaţiile cu privire la boală şi tratament, primite de furnizor de la pacientul său [49, 91, 92, 94, 117, 121,122, 123, 136].
- *Accesibilitatea îngrijirilor de sănătate* – se referă la

timpul de aşteptare a pacientului pentru a face o programare [121, 172, 180, 181, 186].

- *Disponibilitatea resurselor pentru îngrijirile medicale* – are în vedere numărul furnizorilor de îngrijiri de sănătate.
- *Continuitatea îngrijirilor de sănătate* – contribuie la obţinerea unui beneficiu maxim sau a unei utilizări maximale a resurselor [121, 172, 181, 186, 187, 188, 211, 227].

Sintetizând opiniile exprimate de specialiştii din sănătate, putem menţiona că în cazul serviciilor medicale calitatea se referă în egală măsură la creşterea satisfacţiei clientului/utilizatorului, la auditul profesional şi la îmbunătăţirea eficienţei sau reducerea costurilor.

Calitatea poate fi privită ca o „umbrelă" pentru îmbunătăţirea activităţii personalului şi, deci, atingerea performanţelor organizaţiei prin introducerea de noi metode şi tehnici, care au drept scop creşterea satisfacţiei pacienţilor şi a eficienţei serviciilor [40, 122, 123, 141, 148, 163, 199].

Calitatea serviciilor de sănătate este obţinută numai în condiţiile în care acestea întrunesc simultan anumite caracteristici:

- *accesibilitatea* – uşurinţa cu care pacienţii pot obţine îngrijirea de care au nevoie, în momentul în care au nevoie;
- *adecvarea* – corelarea îngrijirii acordate cu starea pacientului;
- *echitatea* – asigurarea cu servicii medicale de bază a tuturor indivizilor;
- *eficienţa* – gradul în care îngrijirea medicală oferită are efectul dorit, cu un minimum de efort şi de cheltuieli;
- *eficacitatea* – corectitudinea acordării îngrijirii şi lipsa de erori, în funcţie de nivelul de cunoştinţe şi de

tehnologia existentă;

- *continuitatea* – măsura în care serviciile de sănătate de care au nevoie pacienţii sunt coordonate între medici/organizaţii de la diferite nivele de îngrijire;
- *implicarea pacienţilor în adoptarea deciziilor medicale* – gradul în care pacienţii (sau familiile lor) sunt implicaţi în procesul de luare a deciziilor în legătură cu propriile probleme de sănătate şi gradul în care aceştia sunt satisfăcuţi de îngrijirea care le-a fost acordată;
- *siguranţa mediului de îngrijire* – lipsa de pericol al mediului în care se acordă îngrijirea;
- *orarul furnizorilor de îngrijiri de sănătate* – gradul în care îngrijirea este acordată pacienţilor în momentul în care este necesară.

O problemă în abordarea integrală a calităţii serviciilor medicale este generată de faptul că profesioniştii din sănătate şi celelalte părţi interesate au viziuni diferite asupra înţelesului acestei noţiuni [50, 89, 91, 92, 153, 177, 188, 211].

O definiţie pertinentă a calităţii serviciilor de sănătate trebuie să ia în calcul ceea ce trebuie măsurat. Această definiţie trebuie să integreze valorile promovate de specialiştii din sistem şi să exprime, de asemenea, orientarea către pacient. Astfel, o definiţie care atinge acest deziderat include o abordare tridimensională a calităţii: din perspectiva pacientului, a specialiştilor şi a managementului calităţii [9].

- *Calitatea, din perspectiva pacientului,* reprezintă ceea ce acesta doreşte de la îngrijirea acordată de un furnizor de servicii medicale;
- *Calitatea, din perspectiva specialiştilor din sănătate,* se referă la procesele care au ca rezultat satisfacerea nevoilor

pacienţilor;

- *Calitatea, din perspectiva managementului calităţii,* înseamnă utilizarea eficientă a resurselor pentru asigurarea satisfacţiei pacienţilor fără erori sau întârzieri.

Punctele de vedere privind calitatea serviciilor medicale ale fiecărei categorii de actori implicaţi în aceste servicii sunt următoarele:

- Din punctul de vedere al *guvernului sau al terţilor plătitori,* calitatea este asociată cu *eficienţa şi utilizarea adecvată a resurselor*. Această viziune pare a fi acceptată de managerii din domeniul sănătăţii. Profesioniştii din sănătate (personalul medical) sunt o grupă mai puţin omogenă decât finanţatorii.

- *Medicii*, fiind implicaţi în definirea şi evaluarea calităţii îngrijirilor de sănătate, pun accentul pe *competenţa profesională şi pe mijloacele fizice adaptate proceselor (dotările tehnice)* şi consecinţele acestora asupra sănătăţii pacienţilor. Medicii au tendinţa de a acorda o importanţă mai mare competenţei tehnice şi de a neglija rolul relaţiilor interpersonale.

- *Pacienţii,* în calitate de consumatori de servicii de sănătate, având cunoştinţe limitate despre actul medical, consideră calitatea ca *obţinere a unei mai bune sănătăţi şi a satisfacţiei* – o viziune total diferită faţă de cea a profesioniştilor sau a guvernului. Studiile efectuate de specialiştii în sănătate au relevat faptul că pentru pacienţi calitatea are, în primul rând, o dimensiune dată de relaţiile interpersonale, şi apoi de competenţa profesională [9, 40, 68, 136, 148, 150, 97, 122]. Consumatorii nefiind un grup omogen, modul în care ei emit judecăţi asupra calităţii variază în funcţie

de caracteristicile personale şi în funcţie de concordanţa serviciilor furnizate cu cele aşteptate.

- *Instituţiile medicale*, prin modul de organizare şi funcţionare, influenţează nivelul de calitate al serviciilor medicale pe care le prestează. Nu trebuie, însă, omisă nici componenta economică, care influenţează conduita managerilor din sistemul ocrotirii sănătăţii, obligaţi să răspundă constrângerilor financiare.

În ultimele două decenii, s-a constatat o modificare a rolului diferitelor grupuri de „actori" în asigurarea calităţii. La nivelul administraţiei publice, diminuarea resurselor înseamnă căutarea de noi procedee, cum ar fi eficienţa şi distribuirea raţională a fondurilor. Rolul consumatorilor în managementul calităţii este fortificat prin reprezentarea în consiliile de administraţie, desfăşurarea anchetelor de apreciere a satisfacţiei, elaborarea mecanismelor de asigurare a satisfacţiei.

Este necesară dezvoltarea excelenţei tehnice şi „umanizarea" actului medical, în „spiritul calităţii". Deoarece calitatea a devenit o măsură a performanţei şi pentru instituţiile medicale, preocupările acestora pentru introducerea programelor de evaluare a calităţii au devenit tot mai evidente.

Cercetătorii din domeniul îmbunătăţirii calităţii, după examinarea organizaţiilor sanitare despre care se consideră că acordă îngrijiri de o calitate excelentă, au identificat *şase componente esenţiale, comune acestor instituţii, implicate în obţinerea performanţei*:

- existenţa managerilor vizionari;
- orientarea către clienţi;
- rezolvarea problemelor prin munca în echipă;
- implicarea medicilor şi a personalului medical în

problemele referitoare la calitate;

- utilizarea unui model de proces recunoscut;
- alinierea departamentelor la anumite criterii, cum ar fi declaraţia de viziune, aşteptările clienţilor etc. [88, 89, 91, 97, 98, 136, 150, 153, 163, 174, 177, 179, 181, 188, 189, 197, 212].

În funcţie de modul de abordare a conceptului de calitate, au fost conturate trei modele conceptuale de sisteme sanitare: *modelul profesional, modelul birocratic* şi *cel industrial.*

Modelul profesional a apărut din necesitatea de a deţine controlul profesional (pentru medici) şi de a-şi asuma responsabilitatea pentru calitatea îngrijirilor. Profesioniştii au o autonomie foarte largă. Finanţarea serviciilor medicale este asigurată doar de pacient. Celelalte două modele, birocratic şi industrial, reprezintă scheme rivale pentru producţia şi finanţarea serviciilor de sănătate, dar conţin prevederi clare cu privire la managementul calităţii îngrijirilor de sănătate. În practică nu poate fi regăsit un model în stare pură, ci numai combinaţii ale celor trei modele conceptuale.

Calitatea este „afacerea profesiilor medicale". Deci, calitatea este condiţionată doar de nivelul cunoştinţelor medicilor şi de performanţele atinse la nivelul tehnologiei [11, 17, 89, 90, 141, 150, 153, 163, 179].

Controlul profesional al activităţii medicale constituie o garanţie a bunelor practici. Metodele de control al calităţii în cadrul modelului profesional sunt evaluarea actului medical şi auditul medical. Instrumente cu care se operează în domeniul calităţii sunt:

- standardele şi procedurile;
- certificarea profesioniştilor;
- garanţii asupra formării profesionale a medicilor [9].

În cadrul *modelului birocratic* autonomia profesională este mult mai redusă. Controlul asupra modului de finanţare este exercitat de mecanismele exterioare – puterile publice, terţii plătitori, organizaţiile profesionale. Calitatea este un răspuns la constrângerile administrative şi la reglementările externe: acreditare, programe de calitate, programe de investiţii [88, 89, 91, 136, 150, 153, 174, 177, 179 , 181, 188, 197].

Metodele de control al calităţi în cadrul modelului se reduc la evaluarea externă pe criterii şi norme explicite, introducerea asigurării calităţii, descoperirea noncalităţii şi corectarea erorilor. Instrumentele cu care se operează în domeniul calităţii sunt:

- standardele şi procedurile;
- evaluarea metodelor de diagnostic şi tratament;
- analizele prospective;
- acreditarea instituţiilor.

În cadrul *modelului industrial* profesioniştii îşi desfăşoară activitatea pe o piaţă concurenţială. Finanţarea se realizează din contribuţiile pacienţilor. Calitatea se raportează la nevoile şi aşteptările consumatorilor, înscriindu-se în procesul de management al organizaţiei [11, 150, 153, 89, 17, 179].

Asigurarea calităţii are la bază conceptele integratoare de asigurare a calităţii promovate de literatura de specialitate, îndeosebi principiile managementului total al calităţii. Instrumentele cu care se operează în domeniul calităţii sunt:

- sisteme de informaţii şi procese care permit promovarea gradului de excelenţă;

- identificarea problemelor;
- analiza cauzelor neconformităţilor;
- identificarea remediilor şi adoptarea de măsuri corective;
- implementarea şi controlul soluţiilor.

Cetăţenii Republicii Moldova sunt destul de preocupaţi de sistemul medical: majoritatea lor plasează sistemul respectiv în topul dificultăţilor cu care se confruntă ţara, după situaţia economică şi creşterea preţurilor/inflaţia. În opinia lor, ar trebui să se acorde o mai mare atenţie prestării serviciilor medicale de calitate.

Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, pacienţii Republicii Moldova beneficiază de un anumit nivel de apărare a drepturilor şi intereselor prin constituirea, în baza primelor de asigurare, a unor fonduri băneşti destinate procurării medicamentelor compensate şi parţial compensate; acoperirea cheltuielilor pentru investigaţii de performanţă, de tratare în condiţii de ambulatoriu şi consultaţia medicilor–specialişti. Sistemul creat al AOAM are avantajele şi dezavantajele sale. Foarte multe probleme diametral opuse, controversate, sunt în proces de discuţie şi rezolvare.

Evaluarea gradului de satisfacţie al pacienţilor, ca indicator integral al calităţii serviciilor medicale acordate, urmăreşte două obiective: extern şi intern. Cel *extern* constă în obiectivizarea nivelului calităţii serviciilor medicale în fiecare instituţie medico-sanitară, de apreciere a tacticii de îmbunătăţire a calităţii integral la nivel statal, precum şi o gradare comparativă, relativă a instituţiilor medico-sanitare din aceeaşi categorie. Obiectivul *intern* se rezumă la oferirea

administraţiei instituţiilor medico-sanitare a unui instrument de identificare a punctelor forte şi celor slabe ale instituţiei.

5.2. Aprecierea satisfacţiei pacienţilor vizavi de serviciile medicale din asistența medicală primară în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală

Opinia pacienţilor-beneficiari de asistenţă medicală primară din municipiul Chișinău referitor la satisfacţia lor a fost identificată în funcţie de răspunsurile date în cadrul sondajului sociologic.

Intervievarea respondenţilor din municipiu a fost individuală, în cadrul instituției medicale sau la domiciliu.

În scopul evaluării managementului în medicina primară din municipiul Chișinău şi a determinării gradului de satisfacţie a pacienţilor, abordate prin prisma relaţiilor de piaţă în condiţiile AOAM, am utilizat metoda anchetării prin chestionar (anexa 21), obţinând astfel un studiu extensiv, desfăşurat, cu caracter static.

Chestionarele elaborate conţin întrebări închise *(„Da”, „Nu”, „Nu ştiu”, „Parţial”),* respectă exigenţele formulate în literatura de specialitate sociologică, au cuprins o scurtă introducere prin care s-a explicat clar ce anume urmărim prin cercetarea intenţionată. Ne-a interesat în mod deosebit vârsta, sexul, vechimea în muncă, specialitatea, categoria profesională, instituţia, mai puţin numele.

Majoritatea celor care au răspuns la întrebări – 67,3% (1231 persoane), sunt cetăţeni-beneficiari de asistenţă medicală primară.

În prelucrarea statistică a rezultatelor obţinute a fost utilizată analiza multifactorială de regresie–corelaţie. În studiu au fost luate toate elementele implicate în obţinerea satisfacţiei

pacientului: latura interpersonală a îngrijirilor, accesibilitatea îngrijirilor de sănătate, disponibilitatea resurselor în acest scop, continuitatea îngrijirilor de sănătate, latura tehnică a acestor îngrijiri.

În sondaj au participat 1829 de persoane, dintre care 67,3% sunt beneficiarii de asistenţă medicală primară şi cota medicilor constituie 32,7%. Astfel, am apreciat situaţia generală la capitolul respectiv, urmărind totodată, diferenţele înregistrate la itemii analizaţi.

Conform sondajului sociologic, 63% din Chișinăuieni consideră insuficientă (joasă) calitatea serviciilor medicale prestate la nivelul instituţiei medicale primare, iar 42,7% consideră că în instituţiile private calitatea deservirii este net superioară. În acelaşi timp, 55% din persoanele intervievate au remarcat că în caz de îmbolnăvire se vor adresa la medicul de familie.

Printre cele mai frecvente dintre nemulţumirile cetăţenilor Chișinăuieni, care au răspuns la chestionar, citãm: *„Unele medicamente sunt prea scumpe pentru a ni le putea permite”, „Fondurile pentru medicamentele compensate sunt prea mici”, „Este prea multă birocraţie”, „Doctorii de familie au grijă mai întâi de prieteni, apoi de pacienţi”, „Doctorii de familie ne lasă să aşteptăm 3-4 ore până ne primesc”, „Calitatea serviciilor medicale este foarte joasă”* etc.

Majoritatea intervievaţilor au răspuns că nu sunt mulţumiţi de medicii de familie, care fie nu sunt la program, fie se lasă prea mult aşteptaţi până la acordarea consultaţiilor.

Este adevărat că de foarte multe ori cel care are de suferit este pacientul şi nu contestăm faptul că unele dintre plângeri sunt justificate.

Din punctul de vedere al beneficiarilor de asistenţă medicală primară respondenţi, s-a remarcat un echilibru procentual în ceea ce priveşte libera alegere a IMSP şi a medicului de familie, cifrele înregistrate fiind de 88,7 % şi 89,4% respectiv.

Realizarea parţială a principiului liberei alegeri a instituţiei medicale manifestă fluctuaţii în limitele de la 2,3% în IMSP AMT Buiucani până la 29,2% în IMSP Clinica Universitară de AMP.

Negativ, din punctul de vedere al managementului contemporan, este estimat răspunsul *"Nu ştiu"*, deoarece în cele mai frecvente cazuri dă dovadă de nivel inferior de conştientizare a importanţei studiului efectuat sau de iresponsabilitate în activitate.

În condiţiile în care există medici de familie care au în jur de 1600 de bolnavii, este de înţeles de ce pacienţii aşteaptă la uşă – pentru că medicul nu are destul timp pentru toţi cei care îi solicită ajutorul. Totodată, medicii de familie consideră că vina nu le aparţine în totalitate. Ceea ce nu ştie pacientul este faptul că un medic de familie trebuie să se ocupe şi de alte probleme în afara celor medicale.

Cu regret, doar în IMSP Clinica Universitară de AMP şi IMSP AMT Centru există şi funcţionează sistemul informaţional instituţional corespunzător, care permite crearea fişei electronice a pacientului. Datorită acestui fapt, lucrătorii medicali pot obţine documentaţia necesară, utilizând raţional timpul pentru consultaţie şi comunicare cu pacientul.

Mai mult decât atât, medicii de familie susţin că dacă ar avea salarii mai mari şi ar primi mai multe fonduri, pe care să le poată folosi în funcţie de situaţie şi după necesităţi, inclusiv pentru a-şi dota cabinetele, ar putea avea timp să se ocupe de

profesia pe care şi-au ales-o, să participe la diferite forumuri şi instruiri pentru a spori calificarea profesională.

Cele relatate mai sus nu sunt decât aprecieri subiective care, de altfel, prezintă opinii diametral opuse. Pacientul aflat în suferinţă nu poate ţine cont de problemele medicului, ci este interesat de faptul că trebuie să se vindece şi că plăteşte pentru toate serviciile medicale. Ponderea considerabilă a pacienţilor nesatisfăcuţi de calitatea îngrijirilor medicale impune necesitatea studiilor minuţioase în vederea identificării factorilor care contribuie la instalarea şi menţinerea acestei incertitudini şi elaborării măsurilor de diminuare sau combatere a lor.

În această ordine de idei, o atenţie primordială în cercetarea actuală a fost studierea influenţei organizării procesului de acordare a îngrijirilor medicale asupra evaluării calităţii serviciilor de asistenţă medicală primară de către populaţie.

În cadrul actualei investigaţii a fost elaborat algoritmul de cercetare a calităţii serviciilor medicale prestate în baza utilizării indicatorilor de calitate: standarde, protocoale clinice, indicaţii şi recomandări metodice, ghiduri (fig. 5.1).

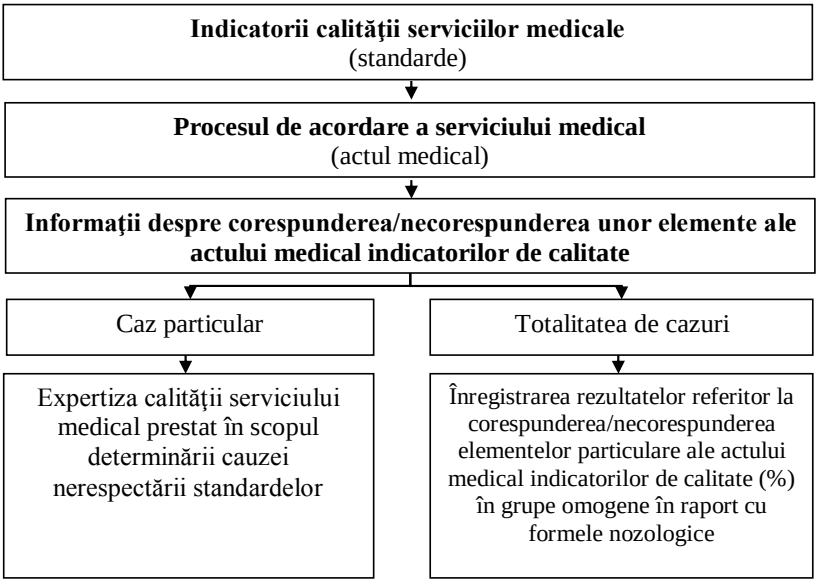

Indicatorii calităţii serviciilor medicale
(standarde)
Procesul de acordare a serviciului medical
(actul medical)
Informaţii despre corespunderea/necorespunderea unor elemente ale actului medical indicatorilor de calitate
Caz particular
Totalitatea de cazuri
Expertiza calităţii serviciului medical prestat în scopul determinării cauzei nerespectării standardelor
Înregistrarea rezultatelor referitor la corespunderea/necorespunderea elementelor particulare ale actului medical indicatorilor de calitate (%) în grupe omogene în raport cu formele nozologice

Fig. 5.1. ***Algoritmul de cercetare a calităţii actului medical în raport cu indicatorii de calitate***

Rezultatele cercetărilor relatate în compartimentele anterioare pun în evidenţă formarea unui mediu specific pentru asistenţa medicală primară, care se manifestă prin repercusiuni negative în ceea ce priveşte aprecierea sau perceperea acesteia de către comunitate. În acelaşi timp, determinarea cotei-părţi a respondenţilor care au dat un răspuns sau altul nu permite de a determina rolul fiecărui factor particular în formarea performanţelor instituţiei medico-sanitare publice din cadrul AMP.

În linii generale, în opinia noastră, pot fi evidenţiate două aspecte de estimare a calităţii serviciilor medicale în IMSP:

- *aspectul tehnic* – caracterizează în mod direct aspectul care are conexiune cu nivelul profesionalismului lucrătorilor medicali ai IMSP. Nivelul insuficient, după părerea

pacientului, a lucrătorului medical formează opinia pacienţilor asupra calităţii serviciilor medicale prestate în general. Totuşi, acesta este numai un aspect ce caracterizează ceea ce primeşte pacientul şi ce poate fi estimat (măsurat) real;

- *aspectul funcţional* – caracterizează şi reflectă modul de primire de către pacient a tratamentului şi include structura procesului de deservire a pacienţilor la nivel de instituţie medicală. Acest aspect al calităţii este mult mai dificil de apreciat, deoarece el se bazează pe părerea subiectivă despre caracterul serviciilor prestate şi senzaţiile persoanei, formate de asistenţa medicală în general.

Cercetările întreprinse au stat la baza elaborării schemei ce caracterizează satisfacţia pacienţilor-consumatori de asistenţă medicală primară (fig. 5.2).

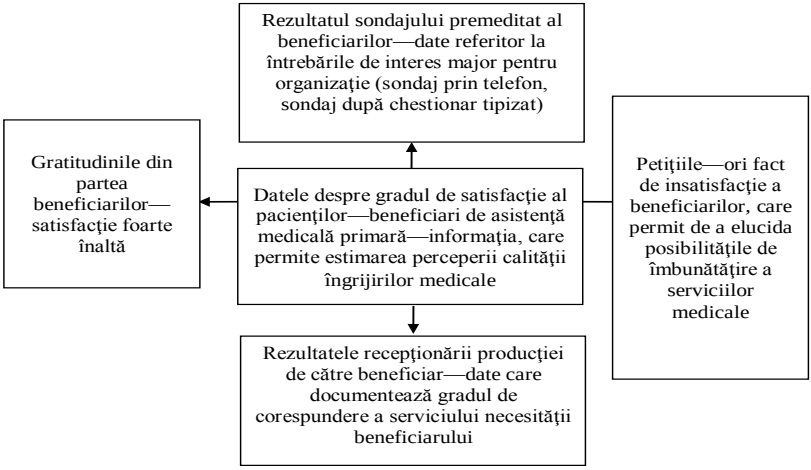

Rezultatul sondajului premeditat al beneficiarilor—date referitor la întrebările de interes major pentru organizaţie (sondaj prin telefon, sondaj după chestionar tipizat)
Gratitudinile din partea beneficiarilor—satisfacţie foarte înaltă
Datele despre gradul de satisfacţie al pacienţilor—beneficiari de asistenţă medicală primară—informaţia, care permite estimarea perceperii calităţii îngrijirilor medicale
Petiţiile—ori fact de insatisfacţie a beneficiarilor, care permit de a elucida posibilităţile de îmbunătăţire a serviciilor medicale
Rezultatele recepţionării producţiei de către beneficiar—date care documentează gradul de corespundere a serviciului necesităţii beneficiarului

Fig. 5.2. ***Algoritmul de apreciere a satisfacţiei pacienţilor-beneficiari de AMP***

Calcularea cotei-părţi a respondenţilor, care au dat un răspuns sau altul, nu permite de a determina rolul fiecărui factor particular în formarea performanţelor instituţiei medico-

sanitare publice din cadrul AMP. În această ordine de idei, am recurs la analiza de regresie şi corelaţie pentru un şir de factori care condiţionează satisfacţia pacientului.

Am apreciat influenţa asupra formării satisfacţiei pacientului a următorilor factori: alegerea medicului de familie (x_1), alegerea IMSP (x_2), durata programării la medicul de familie (x_3), durata consultaţiei (x_4), nivelul consultaţiilor (x_5), explicaţiile medicului de familie (x_6), consultaţiile medicului–specialist (x_7), analizele de laborator (x_8), investigaţiile paraclinice (x_9) (indici variabili). În calitate de constante independente am apreciat nivelurile de satisfacţie ale pacientului: foarte jos (y_1), jos (y_2), relativ jos (y_3), mediu (y_4), relativ înalt (y_5), înalt (y_6), foarte înalt (y_7). Prelucrarea statistică s-a efectuat în Programul „Microsoft EXCEL–2007".

Gradul de influenţă a complexului de factori a fost determinat după nivelurile medii pentru un pacient mediul statistic. Rezultatele obţinute sunt prezentate în tab. 5.1.

Tabelul 5.1 Influenţa factorilor ce caracterizează acordarea asistenţei medicale primare asupra gradului de satisfacţie a pacientului, r

Nr. dr.	*Factorii*	*Nivelul satisfacţiei pacientului*						
		foarte jos y_1	*jos* y_2	*relativ jos* y_3	*mediu* y_4	*relativ înalt* y_5	*înalt* y_6	*foarte înalt* y_7
1.	*Alegerea medicului de familie,* x_1	-0,28	-0,53	0,28	0,34	0,58	0,61	0,74
2.	*Alegerea IMSP,* x_2	-0,37	-0,48	-0,31	0,29	0,57	0,63	0,52
3.	*Durata programării la medicul de familie,* x_3	-0,02	-0,02	-0,27	-0,24	0,58	0,58	0,56
4.	*Durata consultaţiei,* x_4	-0,14	-0,36	-0,31	0,29	0,47	0,51	0,63
5.	*Nivelul consultaţiilor,* x_5	-0,28	-0,63	-0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
6.	*Explicaţiile medicului de familie,* x_6	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82
7.	*Consultaţiile medicului-specialist,* x_7	0,43	0,54	0,32	0,35	0,24	0,42	0,31
8.	*Analizele de laborator,* x_8	0,78	0,82	0,57	0,28	-0,31	-0,39	-0,36
9.	*Investigaţiile paraclinice,* x_9	0,91	0,79	0,54	0,37	-0,66	-0,59	-0,61

Rezultatele analizei de corelaţie şi regresie demonstrează că factorii determinanţi ai calităţii îngrijirilor medicale corelează cu nivelul satisfacţiei pacientului atât direct, cât şi indirect, de la slab până la vădit. Legătură directă s-a stabilit: ***slabă*** ($r<0,3$) – între alegerea medicului de familie şi nivelul jos al satisfacţiei; între alegerea IMSP, durata consultaţiilor la medicul de familie, analizele de laborator şi nivelul mediu de satisfacţie; între consultaţiile medicului–specialist şi nivelul relativ înalt al satisfacţiei pacienţilor; ***moderată*** ($0,3<r<0,5$) – între explicaţiile medicului de familie şi nivelele foarte jos şi mediu ale satisfacţiei; între consultaţiile medicului–specialist şi nivelurile foarte jos, relativ jos, mediu înalt şi foarte înalt ale satisfacţiei pacientului; precum şi între investigaţiile paraclinice şi nivelul mediu al satisfacţiei; ***vădită*** ($0,5<r<0,7$) – între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata programării la medicului de familie, nivelul consultaţiilor, explicaţiile medicului de familie şi nivelurile relativ înalt, înalt şi foarte înalt al satisfacţiei; între explicaţiile medicului de familie şi nivelurile jos şi relativ jos ale satisfacţiei; ***strânsă*** ($0,7<r<0,9$) – între analizele de laborator, investigaţiile paraclinice şi nivelurile foarte jos şi jos al satisfacţiei; între alegerea medicului de familie, explicaţiile medicului de familie şi nivelul foarte înalt al satisfacţiei pacientului.

Legătură indirectă s-a stabilit: ***slabă*** ($r<–0,3$) – între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata programării la medicul de familie, durata consultaţiei, nivelul consultaţiilor şi nivelurile foarte jos şi relativ jos ale satisfacţiei; între durata programării şi nivelul mediu al satisfacţiei; ***moderată*** ($–0,3<r<–0,5$) – între alegerea IMSP, durata consultaţiei şi nivelul jos al satisfacţiei; între

investigaţiile paraclinice şi nivelurile relativ înalt, înalt şi foarte înalt al satisfacţiei. Valorile obţinute sunt semnificative din punct de vedere statistic ($0,001>p<0,05$).

Astfel, constatarea dependenţei dintre nivelurile satisfacţiei pacienţilor şi factorii ce concurează la formarea îngrijirilor medicale ne permite să determinăm şi să exprimăm matematic gradul influenţei lor asupra satisfacţiei pacienţilor.

În rezultatul chestionării a fost determinat ratingul instituţiilor medicale după aprecierea calităţii serviciilor medicale prestate. Perceperea calităţii serviciilor medicale de către pacienţi depinde nu numai de rezultatul tratamentului, ci şi de atitudinea personalului medical faţă de pacient. Este importantă nu numai atitudinea medicilor de familie, dar şi a personalului mediu şi inferior, precum şi a administraţiei. Cultura organizatorică a instituţiei medico-sanitare primare şi cultura comunicării cu pacienţii, atmosfera psihologică din colectiv determină atât satisfacţia personală de serviciile medicale acordate, precum şi frecvenţa adresării în IMSP respectivă.

În cadrul sondajului pacienţilor, acestora li s-a propus să evalueze calitatea deservirii medicale acordate de diferite categorii de lucrători medicali (medici, lucrători medicali cu studii medii, lucrătorii registraturii), după o scară de 10 puncte, în contextul bunăvoinţei (10 – atitudine binevoitoare, 1– atitudine ostilă).

Analiza comparativă a ratingului (tab. 5.2) arată că cel mai înalt rating din instituţiile medico-sanitare publice îl are Clinica Universitară de AMP, iar dintre instituţiile private care prestează AMP – CSF „Galaxia”.

Tabelul 5.2. ***Ratingul instituţiilor medicale ale serviciului AMP al municipiului Chișinău, puncte convenţionale***

IMSP	*Puncte convenţionale*	*IMS private*	*Puncte convenţionale*
Clinica Universitară de AMP	9,2	CSF „Galaxia”	9,7
AMT Centru	8,9	CME „Sancos”	9,2
AMT Botanica	8,6		
AMT Buiucani	7,8		
AMT Ciocana	7,2		
AMT Râşcani	7,0		

Ratingul înalt al instituţiei medico-sanitare private Centrul de Sănătate a Familiei „Galaxia” în măsură decisivă este condiţionat de caracteristicile specifice ale contingentului de populaţie deservită şi nerespectarea principiului teritorial de organizare a activităţii – populaţie cu capacităţi de plată pentru achitarea serviciilor medicale acordate suplimentar, din toată republica. Libera alegere a instituţiei medicale este condiţionată de autoritatea, condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi baza tehnico-materială de ultimă oră. Posibilitatea de a primi toate tipurile de servicii, inclusiv de staţionar, este apreciată foarte înalt.

Managementul calităţii serviciilor medicale este totalitatea structurilor şi măsurilor organizatorico-administrative care stabilesc, realizează, estimează, analizează şi corectează condiţiile procesului de acordare a serviciului medical şi rezultatul lui, pentru asigurarea pacientului volumului garantat de asistenţă medicală de calitate. Managementul calităţii serviciilor medicale trebuie să includă următoarele elemente:

- crearea şi dezvoltarea sistemului de standarde de asistenţă medicală, care ar determina exigenţele faţă de serviciul medical, inclusiv faţă de susţinerea, organizarea şi tehnologia de realizare;
- monitorizarea şi auditul intern al calităţii serviciilor medicale;
- expertiza externă a calităţii (control extradepartamental al calităţii asistenţei medicale);
- elaborarea în baza rezultatelor auditului intern şi extern al calităţii a programului de sporire a calităţii asistenţei medicale.

Necesitatea creării şi dezvoltării sistemului de dirijare a calităţii serviciilor medicale în municipiul Chișinău este determinată de următorii factori:

- descentralizarea deciziilor – delegarea unor funcţii managerilor de nivelul II (şefilor de secţii);
- necesitatea de a informa colectivul despre rezultatele evaluărilor efectuate de Consiliile de evaluare a calităţii pentru sporirea vigilenţei şi îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale prestate în instituţia medicală;
- lipsa criteriilor de evaluare a calităţii serviciilor medicale.

În urma integrării rezultatelor obţinute a fost elaborat Algoritmul de asigurare a calităţii serviciilor medicale prestate, orientat spre rezolvarea obiectivelor de bază de elaborare şi dezvoltare a sistemului de management al calităţii (fig. 5.3). Auditul intern al calităţii serviciilor medicale acordate trebuie să devină o parte indispensabilă a managementului calităţii.

Algoritmul asigurării calităţii serviciilor medicale trebuie să se bazeze pe interrelaţiile medic – pacient, care ar permite asigurarea unui nivel înalt al satisfacţiei pacienţilor.

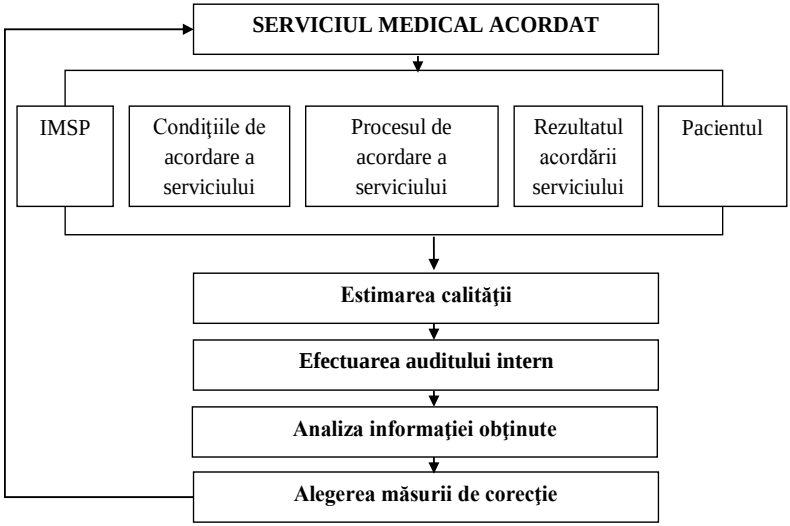


Fig. 5.3. ***Algoritmul sistemului de audit intern de evaluare a calităţii serviciilor de AMP***

Dezvoltarea sistemului de dirijare a calităţii serviciilor medicale presupune elaborarea noilor abordări organizatorico – metodice, pentru a asigura funcţionalitatea lui în condiţiile municipiului Chişinău. Reieşind din rezultatele actualei cercetări, au fost evidenţiate următoarele direcţii:

- perfecţionarea legislaţiei în domeniul managementului calităţii serviciilor medicale;
- crearea structurii optime de dirijare a calităţii asistenţei medicale;
- formarea sistemului de norme, reguli şi normative de activitate referitor la managementul calităţii asistenţei medicale;
- modificarea mecanismelor de repartizare a resurselor financiare.

Sistemul de standardizare în sistemul sanitar trebuie să fie elaborat ca bază pentru sporirea calităţii măsurilor profilactice şi diagnostico-curative în cadrul soluţionării obiectivelor de menţinere şi promovare a sănătăţii populaţiei. În elaborarea

modelului sistemului de standardizare a serviciului de AMP, considerăm oportun şi metodologic argumentat evidenţierea următoarelor niveluri de atingere a obiectivelor:

- nivelul funcţiilor organizatorico-metodologice;
- nivelul implementării şi asigurării utilizării standardelor;
- nivelul qualimetric (măsurarea) şi expertiza.

5.3. Opinia medicilor de familie referitor la calitatea serviciilor medicale prestate şi la factorii determinanţi

Pentru o elucidare mai relevantă a asistenţei medicale acordate populaţiei din municipiu în condiţiile actuale, am considerat oportună investigarea opiniei medicilor (anexa 22) despre actul medical acordat în cadrul serviciului de AMP.

Atitudinea şi opinia medicilor de familie, medicilor-specialişti şi managerilor angajaţi în instituţiile medico-sanitare ale serviciului de AMP din municipiul Chişinău a fost apreciată prin interviuri, convorbiri şi chestionare [3, 124]. Această metodă a permis efectuarea unui studiu extensiv desfăşurat, cu caracter static.

Majoritatea celor care au răspuns la întrebări – 67,3% (1231 persoane), sunt cetăţeni – beneficiari de asistenţă medicală primară. Cota medicilor care au participat la intervievare constituie 32,7% (598 persoane) din numărul total de intervievaţi (1231 persoane, 67,3% o constituie pacienţii).

Prezentăm cele mai importante impedimente în activitate. Datele respective au fost obţinute în baza rezultatelor anchetării, activităţii grupurilor-ţintă şi fotocronometriei (anexa 23).

Opinia medicilor cu privire la calitatea serviciilor medicale din instituţiile medicale din municipiul Chişinău a fost identificată pe un eşantion de 598 de persoane. A fost apreciată situaţia generală la capitolul respectiv, urmărindu-se totodată

diferenţele înregistrate la itemii analizaţi.

Din punctul de vedere al medicilor, libera alegere a instituţiei medicale primare se realizează în proporţie de 80,9%, iar libera alegere a medicului de familie – în 83,6% cazuri.

Se constată unele fluctuaţii ale opiniei medicilor intervievaţi în ceea ce priveşte libera alegere a instituţiei medicale în funcţie de asociaţia medicală teritorială (AMT). Medicii din AMT Buiucani remarcă libera alegere a instituţiei medicale în proporţie de 93,2%. Procentul imediat următor (86,6%) revine celor din AMT Râşcani. Cel mai mic procent este obţinut de la lucrătorii Clinicii Universitare (62,5%) (fig. 5.4).

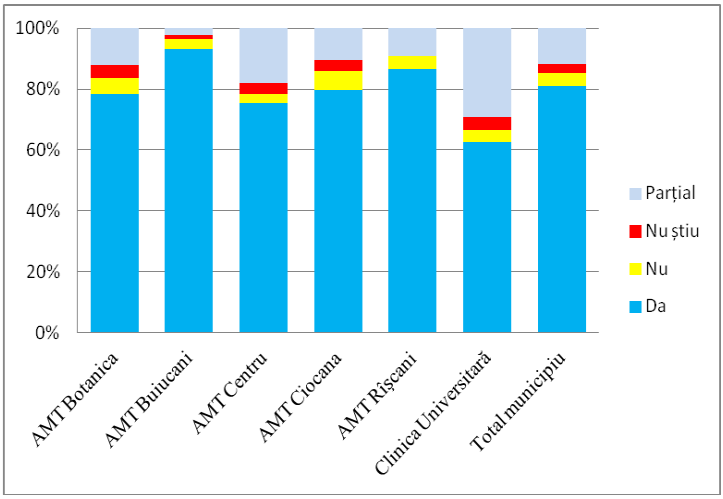


Fig. 5.4. ***Opinia medicilor din municipiul Chişinău privind libera alegere a instituţiei medicale***

Imposibilitatea alegerii instituţiei medicale este remarcată de 3,4%–6,0% din respondenţi, cel mai frecvent fiind menţionată de către medicii din AMT Ciocana.

Realizarea parţială a principiului liberei alegeri a instituţiei medicale manifestă fluctuaţii de la 2,3% în AMT Buiucani până la 29,2% în Clinica Universitară.

Din punctul de vedere al managementului contemporan, răspunsul „*Nu ştiu*” este estimat negativ, deoarece în cele mai frecvente cazuri dă dovadă de nivel inferior de conştientizare a importanţei studiului efectuat sau de iresponsabilitate.

Medicii fără categorie profesională remarcă libera alegere a instituţiei medicale în 85,4% cazuri, cei cu categorie superioară – în 83,9%, cei cu prima categorie – în 78,9%, iar cei cu categoria a doua – în 77,0% cazuri. În acelaşi timp, se constată diferenţe statistic semnificative în funcţie de asociaţiile medicale teritoriale (fig. 5.5). S-a observat în 3 AMT că cu cât este mai joasă performanţa profesională, cu atât este mai rar menţionată libera alegere a instituţiei medicale.

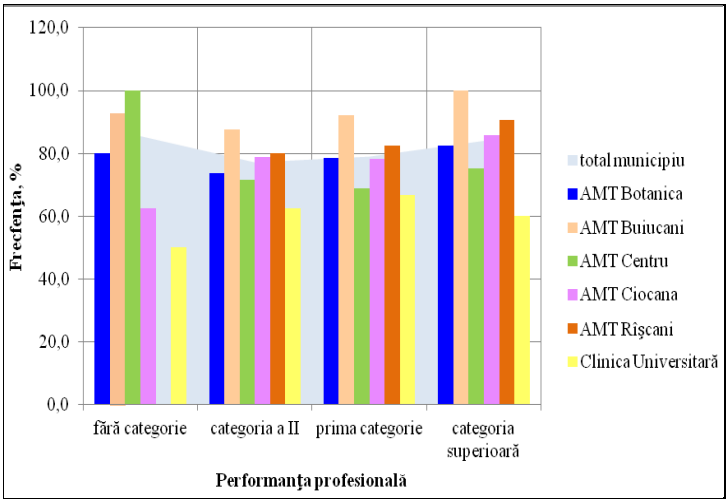


Fig. 5.5. ***Frecvenţa remarcării liberei alegeri a instituţiei medicale, în funcţie de performanţa profesională***

Cel mai mic nivel de răspunsuri afirmative privind libera alegere a instituţiei medicale a fost specific medicilor cu vechimea în muncă de până la 5 ani – 78,3%, cu fluctuaţii de la 60% obţinute de la respondenţii angajaţi în AMT Râșcani până la 92,9% obţinute de la cei din AMT Buiucani. Pe locul doi se plasează cotele înregistrate la medicii cu vechimea în muncă de 15 şi peste 15 ani – 79,9%. În această grupă, de asemenea, se constată oscilaţii semnificative – de la 50% înregistrate în Clinica Universitară de AMP până la 100% înregistrate în AMT Buiucani. În celelalte categorii de vechime în muncă s-au obţinut niveluri apropiate.

În continuare, a fost important de a estima atitudinea medicilor faţă de libera alegere a instituţiei medicale în funcţie de specialitate. În această ordine de idei, menţionăm faptul că managerii pledează pentru libera alegere în proporţie de 70%, medicii-specialişti – în 73,8%, iar medicii de familie – în 85,6% cazuri. Totodată, managerii Clinicii Universitare de AMP, de exemplu, în 100% cazuri pledează pentru realizarea parţială a acestui principiu, cei de la AMT Râșcani – în 100% cazuri pledează pentru libera alegere a instituţiei medicale, iar cei de la AMT Centru şi Buiucani – numai în 50% cazuri. Rezultatele respective demonstrează o neuniformitate semnificativă şi faptul că părerile despre această problemă sunt împărţite.

În fig. 5.6 sunt prezentate datele demonstrative ale diferenţei de opinie a medicilor de diferite specialităţi în raport cu datele medii înregistrate în municipiul Chișinău, care corespunde axei zero. Din diagramă se observă foarte clar opiniile controversate ale managerilor din diferite AMT, precum şi ale medicilor-specialişti.

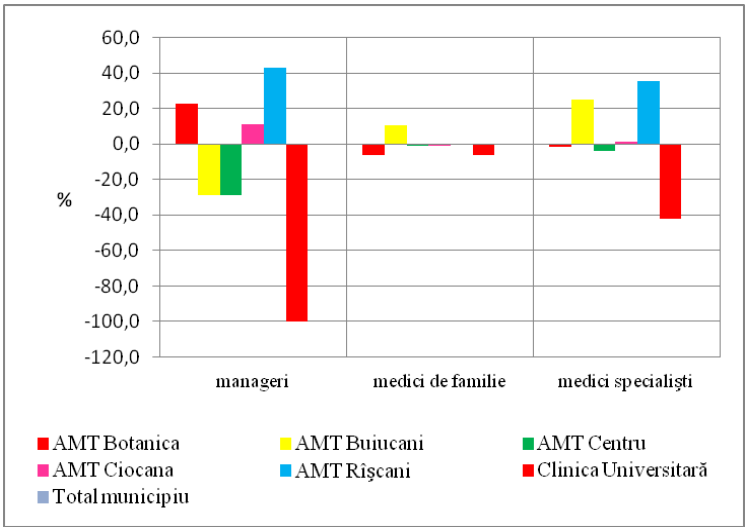


Fig. 5.*6. Diferenţa de opinie faţă de libera alegere a instituţiei medicale*

În ceea ce priveşte opinia medicilor din sectorul medicinii primare al municipiului Chişinău despre libera alegere a medicului de familie, au fost depistate practic aceleaşi tendinţe, cu unele diferenţe de niveluri. Astfel, se constată o corelaţie directă pozitivă a respondenţilor care pledează pentru libera alegere a medicului de familie cu categoria de performanţă profesională medicii cu categorie profesională superioară pledează pentru libera alegere a MF în 87,2% cazuri, încadrându-se în limitele de la 79,2% în AMT Centru până la 100% în Clinica Universitară şi AMT Buiucani. În celelalte categorii profesionale, cifrele obţinute sunt foarte apropiate.

Managerii serviciului medical primar şi medicii-specialişti pledează pentru libera alegere a medicului de familie în proporţie de 77,7% şi 78,7% corespunzător, versus 86,7% ale medicilor de familie. Diferenţele evidenţiate sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p<0,05$). În această ordine de idei,

menţionăm diferenţele de opinii ale managerilor din AMT Botanica şi AMT Râşcani, care remarcă în 100% cazuri libera alegere a medicului de familie faţă de 50% în AMT Buiucani şi Clinica Universitară. Opiniile medicilor de familie şi ale medicilor-specialişti înregistrează diferenţe proporţionale nesemnificative privind întrebarea studiată.

A fost apreciată influenţa asupra satisfacţiei pacientului a următorilor factori: rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor (x1), participarea medicilor în procesul decizional (x2), alegerea medicului de familie (x3), alegerea instituţiei medicale (x4), programarea pacienţilor (x5), durata consultaţiei la medicul de familie (x6), durata consultaţiilor medicului-specialist (x7), prescrierea medicamentelor compensate (x8), asigurarea cu mijloace de comunicare (x9), asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu (x10), structura serviciului medical primar existent (x11), autoritatea medicului de familie (x12), autonomia în îndeplinirea actului medical (x13), consultarea cu medicul-specialist în elaborarea planului de investigaţie şi tratament al pacientului (x14), investigaţiile paraclinice (x15), nivelul de salarizare (x16) şi acordarea stimulentelor pentru prestarea serviciilor calitative (x17) (constante). În calitate de indici variabili am apreciat nivelurile de satisfacţie a pacientului: foarte jos (y1), jos (y2), relativ jos (y3), mediu (y4), relativ înalt (y5), înalt (y6), foarte înalt (y7). Prelucrarea statistică s-a efectuat în Programul "Microsoft EXCEL-2007".

Gradul de influenţă a complexului de factori a fost determinat după nivelurile medii pentru un medic de familie mediu-statistic. Rezultatele obţinute sunt prezentate tab. 5.3.

Rezultatele analizei de corelaţie şi regresie demonstrează că factorii determinanţi ai calităţii îngrijirilor medicale corelează cu nivelul satisfacţiei pacienţilor atât direct, cât şi indirect, de la slab până la vădit. Legătura directă s-a stabilit: ***slabă*** ($r<0,3$) între rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor, alegerea medicului de familie, structura serviciului medical primar existent, nivelul de salarizare şi nivelul foarte jos al satisfacţiei; între rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor, nivelul de salarizare şi nivelul jos al satisfacţiei pacientului; între nivelul de salarizare şi nivelul relativ jos de satisfacţie; între alegerea IMSP, structura serviciului medical primar existent, consultarea cu medicul-specialist în elaborarea planului de investigaţie şi tratament al pacientului, nivelul de salarizare şi nivelul mediu al satisfacţiei pacientului; între asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu, nivelul de salarizare şi nivelul relativ înalt al satisfacţiei pacientului; între rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor şi nivelurile înalt şi foarte înalt ale satisfacţiei pacienţilor.

Tabelul 5.3. ***Rolul factorilor determinanţi în formarea calităţii asistenţei medicale primare, conform opiniei medicilor, r (coeficient de corelaţie)***

Nr. dr.	*Factorii*	*Nivelul satisfacţiei pacientului*						
		foarte jos y_1	*jos* y_2	*relativ jos* y_3	*mediu* y_4	*relativ înalt* y_5	*înalt* y_6	*foarte înalt* y_7
1.	Rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor, x_1	0,15	0,27	0,42	0,61	0,32	0,17	0,26
2.	Participarea medicilor în procesul decizional, x_2	0,37	0,68	0,41	0,46	0,65	0,68	0,89

3.	Alegerea medicului de familie, x_3	0,28	0,53	0,28	0,34	0,58	0,61	0,74
4.	Alegerea IMSP, x_4	0,37	0,48	0,31	0,29	0,57	0,63	0,52
5.	Programarea pacienţilor, x_5	-0,02	-0,02	-0,27	-0,24	0,58	0,58	0,56
6.	Durata consultaţiei la medicul de familie, x_6	-0,14	-0,36	-0,31	0,29	0,47	0,51	0,63
7.	Durata consultaţiei la medicul-specialist, x_7	-0,02	-0,02	-0,27	-0,24	0,58	0,58	0,56
8.	Prescrierea medicamentelor compensate, x_8	-0,28	-0,63	-0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
9.	Asigurarea cu mijloace de comunicare, x_9	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82
10.	Asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu, x_{10}	0,43	0,54	0,32	0,35	0,24	0,42	0,31
11.	Structura serviciului medical primar existent, x_{11}	0,27	0,42	0,34	0,24	0,68	0,54	0,72
12.	Autoritatea medicului de familie, x_{12}	-0,28	-0,63	-0,43	0,37	0,64	0,61	0,62
13.	Autonomia în îndeplinirea actului medical, x_{13}	-0,24	-0,52	-0,33	0,31	0,68	0,69	0,66
14.	Consultarea cu medicul-specialist în elaborarea planului de investigaţie şi tratament al pacientului, x_{14}	0,78	0,82	0,57	0,28	-0,31	-0,39	-0,36
15.	Investigaţiile paraclinice, x_{15}	0,91	0,79	0,54	0,37	-0,66	-0,59	-0,61
16.	Nivelul de salarizare, x_{16}	0,11	0,18	0,21	0,26	0,25	0,34	0,42
17.	Acordarea stimulentelor pentru prestarea serviciilor de calitate, x_{17}	0,31	0,58	0,51	0,46	0,65	0,64	0,82

Legătură ***moderată*** (0,3<r<0,5) am stabilit între participarea medicilor în procesul decizional, alegerea IMSP, asigurarea cu mijloace de comunicare, asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu, acordarea stimulentelor pentru prestarea serviciilor de calitate şi nivelul foarte jos; între alegerea IMSP, structura serviciului medical primar existent şi nivelul jos; între rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor, alegerea IMSP, asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu, structura serviciului medical primar existent şi nivelul relativ jos; între alegerea medicului de familie, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical, investigaţiile paraclinice şi nivelul mediu; între rolul administraţiei IMSP în asigurarea calităţii serviciilor, durata consultaţiei la medicul de familie şi nivelul relativ înalt; între asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu, nivelul de salarizare şi nivelul foarte înalt de satisfacţie al pacienţilor.

Legătură ***vădită*** (0,5<r<0,7) s-a stabilit între participarea medicilor în procesul decizional, alegerea medicului de familie şi nivelul foarte jos; participarea medicilor în procesul decizional, alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata consultaţiei la medicul de familie, durata consultaţiei la medicul-specialist, prescrierea medicamentelor compensate, asigurarea cu mijloace de comunicare, structura serviciului medical primar existent, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical, acordarea stimulentelor pentru prestarea serviciilor de calitate şi nivelurile relativ înalte şi înalte ale satisfacţiei; între alegerea medicului de familie, alegerea IMSP, durata consultaţiei la medicul de familie, durata consultaţiei la medicul-specialist,

prescrierea medicamentelor compensate, autonomia în îndeplinirea actului medical, acordarea stimulentelor pentru prestarea serviciilor de calitate şi nivelul foarte înalt al satisfacţiei.

Legătură ***strânsă*** (0,7<r<0,9) a fost stabilită între participarea medicilor în procesul decizional, alegerea medicului de familie, asigurarea cu mijloace de comunicare, asigurarea cu transport în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu, acordarea stimulentelor pentru prestarea serviciilor de calitate şi nivelul foarte înalt al satisfacţiei pacienţilor.

Legătură indirectă s-a stabilit: ***slabă*** (r<–0,3) – între durata consultaţiei la medicul de familie, durata consultaţiei la medicul-specialist, prescrierea medicamentelor compensate, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical şi nivelul foarte jos al satisfacţiei; ***moderată*** (–0,3<r<–0,5) – între durata consultaţiei la medicul–specialist şi nivelul relativ jos; între durata consultaţiei la medicul–specialist şi nivelul mediu al satisfacţiei pacienţilor; ***vădită*** (0,5<r<0,7) – între prescrierea medicamentelor compensate, autoritatea medicului de familie, autonomia în îndeplinirea actului medical şi nivelul jos al satisfacţiei; întreinvestigaţiile paraclinice şi nivelurile supramedii ale satisfacţiei pacienţilor. Valorile obţinute sunt semnificative din punct de vedere statistic (0,001>p<0,05).

Astfel, constatarea dependenţei dintre nivelurile satisfacţiei pacienţilor şi factorii ce concurează la formarea îngrijirilor medicale permite de a determina şi exprima matematic gradul influenţei lor asupra satisfacţiei pacienţilor.

6. SĂNĂTATEA OCUPAȚIONALĂ ȘI EVALUAREA RISCOGRAMEI ECHIPEI MEDICULUI DE FAMILIE

Ne-am referit la estimarea activităţii medicilor de familie, din punctul de vedere al medicinii muncii. Medicina de familie este branşa cea mai nouă şi mai puţin studiată din punct de vedere al igienei şi psihologiei muncii, pe de o parte, iar volumul şi caracterul activităţii MF diferă semnificativ de cel al altor medici, impunând o responsabilitate majoră şi o pregătire specială, pe de altă parte. În acelaşi timp, multiple reforme care se desfăşoară în diferite domenii din sistemul sănătăţii, în special al serviciilor medicale primare, reprezintă un proces continuu, determinat de condiţiile specifice ale reformei sistemului de sănătate. Acestea din urmă persistă şi în politicile naţionale de sănătate în majoritatea ţărilor din Europa, orientate spre dezvoltarea şi perfecţionarea asistenţei medicale primare.

Pentru aprecierea organizării şi specificului activităţii echipei medicului de familie, prezenţei factorilor de stres profesional şi duratei influenţei lor, a fost efectuată cronometrarea zilei de muncă, sub formă de „fotografie a zilei de muncă” [72, 79, 120, 193, 236].

Rezultatele acestor investigaţii au fost înregistrate în caiete speciale – *Fotocronograma săptămânală a activităţii echipei medicului de familie,* (anexa 23), în care s-au notat intervalul de timp, manopera, durata ei, numărul, durata şi cauzele pauzelor. Au fost fixate momentele de bază ale activităţii şi intervalul de timp de la o operaţie/manoperă la alta. Pentru activităţile tipice au fost fixate doar numărul şi durata lor [79, 110, 124, 168, 173].

Profesiograma a fost întocmită cu scopul de a stabili

caracterul cantitativ şi cel calitativ al muncii, materialele şi utilajele folosite, noxele şi factorii de risc ocupaţional posibili; durata expunerii la riscuri etc. Prin ierarhizarea frecvenţei consemnării factorilor de risc ocupaţionali în „cronogramele săptămânale" a fost obţinută riscograma ocupaţională a echipei medicului de familie.

Un prim pas în estimarea igienică a procesului de activitate a medicilor de familie constă *în elaborarea şi evaluarea profesiogramei.* În acest scop, am recurs la observaţia directă a activităţilor desfăşurate, cu întocmirea cronogramei. Ulterior au fost calculaţi un şir de indici, printre care ponderea lucrului de bază, a întreruperilor tehnologice şi pauzelor pentru odihnă.

Cercetarea a fost organizată şi desfăşurată în 5 AMT, 14 CS şi 2 instituţii medicale private (CSF„ Galaxia" şi CME „Sancos") din municipiul Chişinău. Din punct de vedere metodologic, ea reprezintă o profesiogramă, cu estimarea condiţiilor de muncă, evaluarea în dinamica zilnică şi săptămânală a activităţii profesionale a medicilor de familie, cu punerea în evidenţă a stărilor conflictuale şi de stres, precum şi opinia cu privire la căile de îmbunătăţire a deservirii populaţei şi creşterea satisfacţiei pacientului, ca indice integral al calităţii serviciilor acordate. Profesiograma a fost elaborată în conformitate cu rigorile igienei şi psihofiziologiei muncii.

Lotul testat a cuprins 221 de medici de familie, dintre care cca 97,4% femei şi 2,6% bărbaţi, media de vârsta fiind în jur de 43 de ani, iar cea a vechimii în muncă în profesie – de 8,5 ani, şi 237 de asistente medicale.

Regimul de activitate aplicat actualmente în instituţiile medicale din municipiul Chişinău se bazează pe deservirea în flux a pacienţilor, care include examinarea clinică a bolnavilor,

acordarea serviciilor de asistenţă medicală primară, recomandarea investigaţiilor paraclinice şi a consultaţiilor medicilor-specialişti, vizitarea pacienţilor la domiciliu, precum şi efectuarea lucrului de promovare a sănătăţii. Prima verigă în procesul respectiv este reprezentată de medicul de familie, care determină tactica şi direcţionează investigaţiile, manoperele şi consultaţiile pacientului de către medicii-specialişti. Activitatea medicului de familie constă în coordonarea mai eficientă dintre serviciile medicale primare, secundare şi terţiale, cu accentul pe realizarea măsurilor de prevenire şi profilaxie a maladiilor.

Rezultatele obţinute constată că durata zilei de muncă a medicului de familie este de la 6 la 10,5 ore, în medie 8,2 ore (502±4,1 minute). Lucrul de bază are pondere mai mare, pauzele tehnologice, pentru odihnă şi necesităţi personale au o pondere mai mică. Astfel, pentru exercitarea lucrului de bază se cheltuie 98,2±1,02% şi 96,6±2,82% din durata zilei de muncă, pentru pauzele tehnologice – 0,8±0,01 şi 0,8±0,09% din durata zilei de muncă, iar pentru odihnă şi alte necesităţi –1,0±0,90 şi 2,6±1,76% din durata zilei de muncă în turele I şi II, respectiv (fig. 6.1).

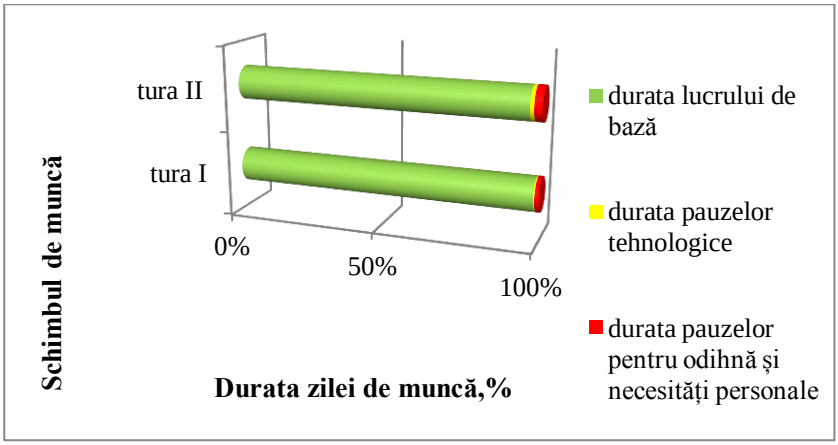


Fig. 6.1. ***Fotografierea activităţii medicilor de familie***

Pentru detalierea activităţilor care alcătuiesc lucrul de bază al unui medic de familie, în continuare am recurs la alcătuirea fotografiei zilei de muncă (fig. 6.2).

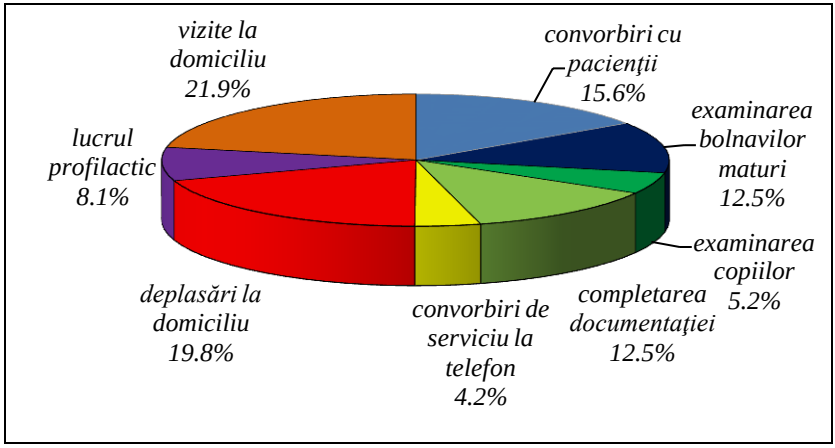


Fig. 6.2. ***Fotografierea zilei de muncă a medicilor de familie***

Prin fotografiere s-a depistat, că în timpul primirii, convorbirilor cu bolnavii şi/sau părinţii copiilor bolnavi le-au fost dedicate 74,7±1,20 minute (15,6%) din durata lucrului de

bază. Examinarea pacienţilor maturi durează 60,0±1,40 minute (12,5%), iar examinarea copiilor – 26,3±0,7 minute (5,2%). Analiza timpului utilizat de medicul de familie pentru examinarea pacienţilor cu diferite nosologii ne demonstrează că cel mai mult timp este acordat pacienţilor cu maladii ale aparatului circulator – 12,1 minute, iar cel mai puţin timp – celor cu boli ale sistemului nervos – 9,5 minute – 100,0±1,60 minute (12,5%).

Medicul de familie dedică în medie 38,9±0,19 minute (8,1%) în zi lucrului profilactic. Analiza aprofundată a activităţii de promovare a sănătăţii pune în evidenţă următoarele: 14,8% din toate vizitele efectuate la medicul de familie le constituie examenele medicale profilactice, marea majoritate a cărora se efectuează în condiţii de ambulatoriu – 79,9%.

Ponderea vizitelor profilactice la domiciliu este de 20,1%. De asemenea, s-a constatat că 38,3% din totalul vizitelor profilactice se efectuează la copiii până la un an şi 64,1% – la copiii până la 3 ani inclusiv. În ce priveşte timpul mediu cheltuit pentru o vizită profilactică, acesta este mai mic în comparaţie cu cel cheltuit în caz de boală – 8,6 minute pentru maturi şi 9,8 minute pentru copii, faţă de 10,5 minute pentru maturi şi 10,1 minute pentru copii respectiv.

Pentru convorbirile de serviciu sunt folosite în medie 20,0±0,18 minute (4,2% din timpul lucrului de bază) şi numai 15 minute în zi constituie timpul pentru odihnă şi necesităţi personale ale medicului de familie.

Datele examinării activităţii medicului de familie la domiciliul pacienţilor arată că foarte mult timp este pierdut pe drum până la domiciliu – în medie 95±0,23 minute în zi (19,8%

din timpul lucrului de bază). Medicul reuşeşte să viziteze pe zi în medie 4,4 familii, cheltuind pentru aceste vizite 105±0,18 minute, ceea ce este aproximativ egal cu timpul cheltuit pe drum.

Calculele au determinat că medicul de familie lucrează cu pacienţii în ambulatoriu 4 ore 13 minute (50,4%) şi 2 ore 37 minute (31,3%) la domiciliu; sumar – 6 ore 50 minute de lucru cu pacienţii. Deoarece durata medie a zilei de muncă este de 8 ore 20 minute, obţinem o oră şi jumătate (18,3%) în care medicul de familie îndeplineşte activităţi ce nu ţin nemijlocit de pacient.

Conform fotografiei zilei de muncă, cheltuielile de timp pentru îndeplinirea obligaţiunilor de serviciu ale medicilor de familie în tura de dimineaţă şi cea de seară practic sunt în proporţii similare, iar diferenţele înregistrate nu sunt semnificative din punct de vedere statistic ($p>0,05$).

Lucrul medicului de familie se caracterizează printr-o complexitate de activităţi ce depind de: numărul şi contingentul pacienţilor, vizitele la domiciliu, fluxul informaţiilor şi întrebărilor parvenite privind stabilirea corectă a diagnosticului şi tratamentului. Astfel, se poate supune că ponderea pauzelor pentru odihnă sunt condiţionate de acţiunea nefavorabilă a procesului şi condiţiilor de muncă, a stresului ocupaţional.

Pe lângă analiza valorilor medii, am recurs la aprecierea indicilor de bază ai consumului timpului în dinamica zilei de muncă, pe parcursul schimburilor I şi II.

Dinamica modificărilor capacităţii de muncă este caracterizată prin creşterea lentă a cheltuielilor de timp pentru odihnă şi necesităţi, începând cu ora a doua de muncă, atingând un maximum în ora a treia, urmată de o scădere către mijlocul

zilei (întrerupere la masă) şi o nouă creştere, cu un maximum în jurul orei a şaptea, urmată apoi de o scădere către sfârşitul zilei de muncă. Fenomenul "avântul final" nu este caracteristic pentru niciuna dintre turele aflate sub observaţie. În ce priveşte dinamica cheltuielilor de timp, pe parcursul turei II s-a constatat că creşterea frecvenţei repausurilor pentru odihnă şi necesităţi personale începe cu a patra oră de lucru, ulterior urmată de micşorarea valorii indicelui dat, ca începând cu a şaptea oră să se mărească iarăşi (fig. 6.3).

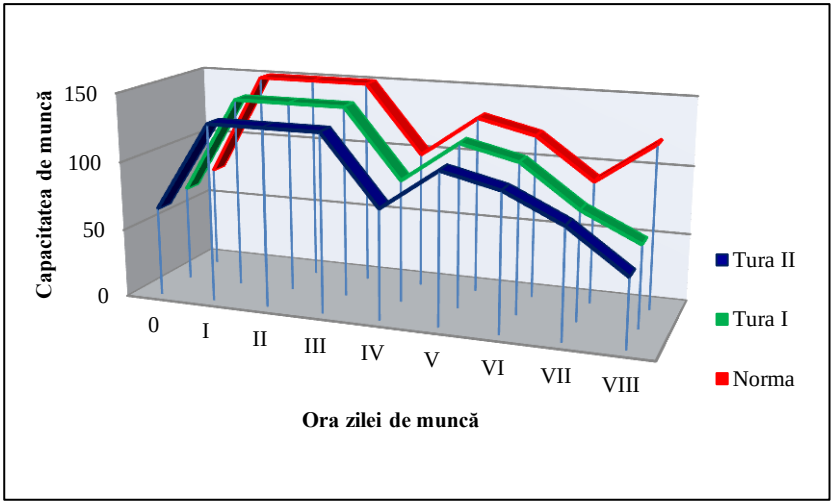


Fig. 6.3. ***Dinamica zilnică a capacităţii de muncă a medicilor de familie***

Dinamica săptămânală a activităţii medicului de familie practic corespunde legităţii de bază de modificare a capacităţii de muncă: ziua de luni corespunde perioadei de încadrare în muncă, iar cea de vineri-avântului final (fig. 6.4).

Trebuie de menţionat că munca în tura a II–a impune organismului medicului un volum crescut de solicitări, la care el răspunde prin încordarea mai exprimată a funcţiilor

fiziologice şi scăderea capacităţii de muncă.

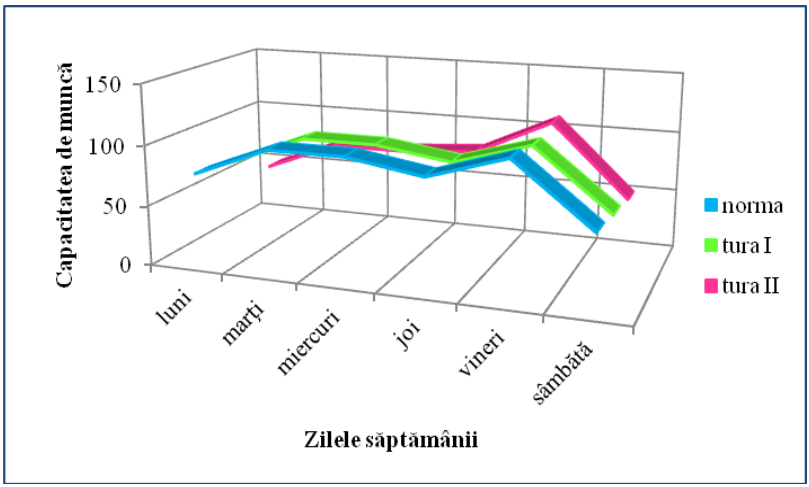


Fig. 6.4. ***Dinamica săptămânală a capacităţii de muncă a medicilor de familie***

Luând în consideraţie ponderea mare a timpului de lucru de bază (98,2% în tura I şi 96,6% în tura II din durata zilei de muncă), precum şi faptul ca medicii de familie nu părăsesc locurile de muncă în timpul întreruperilor tehnologice (0,8% atât în tura I, cât şi în tura II), durata acţiunii factorilor de mediu profesional este considerabilă şi poate induce modificări în starea funcţională a organismului şi, în ultima instanţă, în starea de sănătate a medicilor.

Cel de-al doilea pas în elaborarea riscogramei colaboratorilor sectorului medical primar *a fost estimarea stresului ocupaţional.*

Încă la începutul secolului XX, medicii erau consideraţi persoane dintre cele mai echilibrate, cumpătate, calme. Termenul de „stres”, lansat de dr. H. Selye din Canada, încă nu intrase în uz, dar oricum nu s-ar fi potrivit marii majorităţi a urmaşilor lui Hipocrat. Astăzi, însă, practicarea medicinii a

devenit una dintre ocupaţiile cele mai stresante. Şi nu numai la noi, unde cauzele sunt condiţiile precare de lucru şi salariile mici, dar şi în ţările economic avansate.

Factorii generatori de stres ocupaţional au fost determinaţi în timpul cronometrării, prin observaţia directă a activităţii echipei medicului de familie şi prin chestionare cu întrebări care cereau un răspuns concret. Răspunsurile respective pun în evidenţă, direct sau indirect, existenţa stresului ocupaţional.

În funcţie de profilul instituţiei medicale în care îşi desfăşoară activitatea, persoanele testate consideră că factorii solicitanţi sunt: constrângerea temporală (99,6%), perturbarea ritmului circadian (76,9%), caracterul disritmic al activităţii (16,8%), riscul decizional (47%), insatisfacţia profesională (63%), dificultăţile privind adaptarea şi integrarea în breaslă (37,5%), pericolul pentru sănătatea proprie (100%), responsabilitatea deosebită (97,5%), suprasolicitarea emoţională (100%) (fig. 6.5).

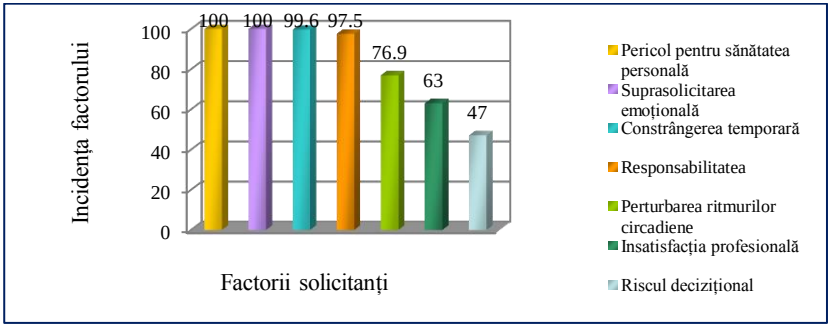


Fig. 6.5. ***Ponderea factorilor solicitanţi identificaţi de medicii de familie în producerea stresului ocupaţional***

Analizând stresul socioprofesional pe grupe de vârstă, s-a observat că stresul mediu îi afectează pe cei de 30–40 de ani, între 53% si 100%, pe cei de 41–50 de ani – între 40% şi 67%,

iar pe cei de 51–70 de ani – între 67% şi 75%. În ce priveşte stresul major, el e prezent mai ales la cei între 41 şi 50 de ani, dar nu în proporţii mai mari de 23%. Legat de stres e şi nivelul depresiei: cel moderat se manifestă mai ales la cea mai tânără grupă de vârsta (între 7,7% şi 37%) şi la cea medie – de la 33% până la 40%; nivelul major este mai puţin frecvent şi nu depăşeşte 15% (la grupa cea mai tânără), la grupa vârstnicilor fiind egal cu zero.

Sindromul „Burn-out" (epuizat, deprimat), manifestat obiectiv prin modificări funcţionale nefavorabile ale sistemului cardiovascular, este menţionat practic de toate persoanele aflate în studiu. Mobingul (teroarea psihologică la locul de muncă) este remarcat de circa 50% din persoane. În ceea ce priveşte „Stalkingul" (comportamentul complex caracterizat de o serie de atitudini abuzive faţă de o persoană, care produce anxietate şi frică, în aşa fel încât derularea normală a vieţii este compromisă) este suportat de circa 2% din persoane.

Cel mai frecvent, efectul stresului la locul de muncă al MF se manifestă prin sindromul „Burn-out" (87%), iar jumătate din numărul total de subiecţi intervievaţi semnalează existenţa unei terori psihologice la locul de muncă, atât pe orizontală, cât şi pe verticală.

7. FUNDAMENTAREA ŞTIINŢIFICĂ A CRITERIILOR DE EVALUARE A EFICIENŢEI ŞI CALITĂŢII ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Sporirea continuă a calităţii dirijării sistemului medical, a activităţii IMSP şi a serviciilor medicale acordate populaţiei este una dintre principalele surse de creştere a eficacităţii asistenţei medicale.

Problema de a furniza asistență medicală eficientă și de calitate a devenit deosebit de relevantă în legătură cu trecerea la relaţiile de piaţă, cu vectorul european de dezvoltare a ţării şi de necesitatea de dezvoltare a raportului juridic între toate entităţile socio-economice, indiferent de forma de proprietate şi de administrare. În această ordine de idei, se impune optimizarea activităţii asistenței medicale primare.

În primul rând, pentru a îmbunătăţi organizarea şi funcţionarea AMP sunt necesare resurse. Literatura de specialitate relevă un şir de probleme de ordin uman, logistic şi financiar, şi anume: insuficienţa cadrelor, cu precădere a celor tinere; instabilitatea condiţiilor financiare şi tehnico-materiale; complexitatea activităţilor extra-bugetare ale instituţiei în incertitudinea volumului de activităţi pentru a asigura îngrijirile medicale.

În al doilea rând, este necesar un feedback clar şi dinamic între toți actorii actului medical. Evaluarea performanțelor AMP este posibilă doar numai în condiţiile de utilizare a criteriilor cantitative de evaluare a eficacităţii şi calităţii actului medical. Remarcat faptul că în prezent, lipsesc metode fiabile de evaluare a eficienţei şi a calităţii pentru aceste scopuri. Evaluările disponibile se bazează pe utilizarea de indicatori eterogeni şi, în consecinţă, variabile disparate (incomparabile).

Pentru ca managementul să fie bazat pe rezultat şi să se desfăşoare cu succes, este necesar ca conţinutul performanţei ca unitate de măsură a rezultatului activităţii IMSP să reflecte factorii principale şi condiţiile concrete în care are loc activitatea şi prestarea serviciilor medicale primare, iar însăşi evaluările performanţei să fie comparabile cu cele obţinute în condiţii diferite.

Principalele abordări ale managementului, prezentate în această lucrare, sunt în concordanţă cu tendinţele elitare mondiale care vizează rezultate în eficienţa operaţională, în jurul căruia sunt grupaţi factorii legaţi de mecanismul de dirijare şi control.

Cu toate acestea, o analiză comprehensivă a experienţei dobândite în gestionarea AMP, studierea eficienţii şi calităţii asistenţei medicale primare denotă elocvent lipsa unei definiţii clare a aparatului conceptual cu privire la estimările de eficacitate (performanţă), eficienţă şi calitate, a principiilor comune şi a abordărilor metodologice, a metodelor cantitative adecvate pentru evaluarea diverselor activităţi desfăşurate în IMSP. Lipsa criteriilor adecvate de evaluare, exprimate cantitativ, este un impediment în determinarea direcţiilor prioritare şi volumului de lucrări care ar asigura cele mai bune rezultate în raport cu eforturile depuse şi sursele financiare disponibile.

Toate cele expuse subliniază necesitatea de a dezvolta şi a implementa metode cantitative pentru a cuantifica calitatea şi performanţa serviciul AMP, corespunzătoare condiţiilor moderne de activitate.

7.1. Metodologia evaluării cantitative a asistenței medicale primare

Starea de sănătate este un fenomen complex, social şi biologic, care exprimă nivelul şi caracteristicile sănătăţii membrilor unei colectivităţi privite în ansamblu.

Evoluţia stării de sănătate în proporţie de circa 10% este determinată de modul de organizare a sistemului medical şi, nu în ultimul rând, de calitatea serviciilor medicale acordate. Serviciile medicale sunt apreciate drept cele mai importante servicii oferite populaţiei. Grupate sub denumirea generică de "sănătate", aceste servicii au ca obiectiv asigurarea sănătăţii membrilor societăţii, menţinerea şi refacerea forţei de muncă, fiind astfel profund implicate în crearea condiţiilor materiale de existenţă a omului şi ridicarea calităţii vieţii.

În decursul ultimului deceniu, în Republica Moldova se discută insistent problemele calităţii serviciilor medicale prestate, auditului intern al activităţii instituţiilor medico-sanitare, proceselor de autoevaluare, criteriilor sau indicatorilor de calitate, satisfacţiei pacientului, îmbunătăţirii eficienţei sau reducerii costurilor etc. Aceste probleme sunt abordate în mod diferit de fiecare categorie de actori implicaţi în prestarea sau evaluarea serviciilor medicale: guvern, pacienţi, profesionişti, managerii instituţiilor medicale, prestatori de servicii.

Pentru îmbunătăţirea asistenţei medicale este necesar un instrument practic, utilizabil de către medicii-practicieni, şefii de secţii, directorii de IMSP şi organul de dirijare a serviciului în totalitate.

Pentru soluţionarea obiectivului studiului, am utilizat abordarea qualimetrică şi metodele ei, care permit măsurarea şi estimarea cantitativă a calităţii obiectelor, fenomenelor,

proceselor studiate. La prima etapă a fost elaborată lista indicatorilor ce caracterizează calitatea activităţilor de bază, a condiţiilor şi procesului de acordare a îngrijirilor medicale în IMSP din sectorul AMP. La elaborarea ei am utilizat „Recomandările cu privire la indicatorii de performanţă din Asistenţa Medicală Primară", elaborate de experţi internaţionali (Banca Mondială) în anul 2008.

În conformitate cu prevederile managementului contemporan, calitatea serviciilor medicale este o noţiune multicomponentă, de aceea am considerat logic de a completa lista indicatorilor nominalizaţi anterior cu altele 8 grupe de indicatori:

I. cadrele medicale;
II. organizarea activităţii;
III. condiţiile igienice de activitate;
IV. dotarea tehnico-materială;
V. promovarea sănătăţii;
VI. măsurarea performanţei;
VII. aprecierea satisfacţiei pacienţilor;
VIII. motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate.

Este foarte important de menţionat că toţi indicatorii incluşi în listă corespund noţiunii SMART, ceea ce înseamnă: S – specific domeniului de activitate; M – măsurabil sau palpabil; A – abordabil sau real de atins; R – relevant; T – încadrat în timp.

La cea de-a doua etapă a fost important, pentru înlăturarea incertitudinilor de evaluare (atât cu caracter obiectiv, cât şi subiectiv) în scopul unei evaluări corecte, de a propune criterii cantitative de evaluare a calităţii. În acest scop am utilizat abordarea qualimetrică.

Pentru toate domeniile de indicatori au fost delimitate 4

niveluri estimative – *nesatisfăcător, satisfăcător, bun* şi *foarte bun*, care au fost prevăzute cu o scară de evaluare exprimată în puncte convenţionale: până la 5 puncte–pentru nivelul nesatisfăcător, 5–6 - pentru nivelul satisfăcător, 7–8 – pentru nivelul bun şi 9–10 – pentru nivelul foarte bun.

Pentru toţi indicatorii s-a determinat valoarea numerică, de estimare cantitativă a calităţii caracterelor, cu alte cuvinte – criteriile (tab. 7.1).

Tabelul 7.1. ***Criterii SMART de evaluare complexă a activităţii serviciului de AMP***

Nr. dr.	*Grupul de indicatori*	*Nivelul de estimare a calităţii activităţii*			
		Nesatisfăcător	*Satisfăcător*	*Bun*	*Foarte bun*
		Scara de apreciere în puncte convenţionale			
		<5	*5-6*	*7-8*	*9-10*
I. Cadrele medicale					
1.	Asigurarea cu cadre medicale, conform statelor, %	sub 80	80-90	90-98	98-100
2.	Categoria profesională	fără categorie, categoria nu corespunde vechimii în muncă	II – I, categoria nu corespunde vechimii în muncă	categoria corespunzătoare vechimii în muncă	categoria corespunzătoare - vechimii în muncă, doctor în ştiinţă
3.	Tipul de pregătire a medicului în domeniul medicinii de familie	cursuri de perfecţionare	cursuri de perfecţionare	rezidenţiat/cursuri de perfecţionare de 4 luni	rezidenţiat, magistratură, doctorantură

4.	Pregătirea postuniversitară continuă (nr. de ore)	cu 20% mai puţin de nr. de ore recomandat de MS	cu 10% mai puţin de nr. de ore recomandat de MS	nr. de ore recomandat de MS	mai mult de nr. de ore recomandat de MS, inclusiv peste hotare
5.	Activitatea editorială (articole, publicaţii)	-	+, în ziare şi reviste de popularizare	+, inclusiv în culegeri de lucrări ştiinţifico - practice	+, inclusiv în reviste recenzate şi peste hotare
Scor/subscor		**<25**	**25-30**	**35-40**	**45-50**
Scor/subscor pentru evaluare instituţională		**<25**	**25, 1-32,5**	**32,6-42,5**	**42,6-50**

La cea de-a treia etapă au fost calculate valorile sumare atât pentru estimarea complexă, cât şi pentru toate grupurile şi categoriile de calitate (tab. 7.2).

Tabelul 7.2. Criterii de evaluare cantitativă a calităţii activităţii serviciului AMP

Nr. dr.	*Grupul de indicatori*	*Nr. indicatori particulari*	*Nivelul de estimare a calităţii activităţii*			
			Nesatis–făcător	*Satisfăcă –tor*	*Bun*	*Foarte bun*
			Scara de apreciere în puncte convenţionale			
			<5	*5-6*	*7-8*	*9-10*
			Scorul/subscorul calculat pentru grupurile de indicatori			
1.	**Cadrele medicale**	**5**	**<25**	**25-30**	**35-40**	**45-50**
2.	**Organizarea activităţii**	**11**	**<55**	**55-66**	**77-88**	**99-100**
3.	**Condiţiile igienice de activitate**	**8**	**<40**	**40-48**	**56-64**	**72-80**
4.	**Dotarea tehnico-materială**	**9**	**<45**	**45-54**	**63-72**	**81-90**
5.	**Activitatea echipei medicului de familie**	**40**	**<200**	**200-240**	**280-320**	**360-400**
5.1.	Accesibilitatea serviciilor medicale	5	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.	Managementul calităţii practicii medicale	35	<175	175-210	245-280	315-350
5.2.1	*Supravegherea medicală preventivă a copiilor sub 1 an*	*5*	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.2	*Supravegherea medicală preventivă a femeilor gravide*	*6*	*<30*	*30-36*	*42-48*	*54-60*
5.2.3	*Depistarea timpurie a maladiilor cu impact major asupra sănătăţii*	*2*	<10	10-12	14-16	18-20

	populaţiei					
5.2.4	*Supravegherea activă a pacienţilor cronici*	*22*	*<110*	*110-132*	*154-176*	198-220
5.2.4.1.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului circulator:*	*4*	*<20*	*20-24*	*28-32*	*36-40*
5.2.4.2.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului respirator:*	*5*	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.4.3.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului digestiv:*	*5*	<25	25-30	35-40	45-50
5.2.4.4.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului urinar*	*2*	<10	10-12	14-16	18-20
5.2.4.5.	*În grupul de pacienţi cu diabet zaharat:*	*2*	<10	10-12	14-16	18-20
5.2.4.6.	*În grupul de pacienţi cu maladii depistate în grad avansat*	*4*	*<20*	*20-24*	*28-32*	*36-40*
6.	**Promovarea sănătăţii**	4	<20	20-24	28-32	36-40
7.	**Măsurarea performanţei**	4	<20	20-24	28-32	36-40
8.	**Aprecierea satisfacţiei pacienţilor**	3	<15	15-18	21-24	27-30
9.	**Motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate**	3	<15	15-18	21-24	27-30
SCOR TOTAL:		87	<435	435-522	609-696	783-870

Criteriile elaborate, sub formă de recomandări metodice, au fost aprobate la Consiliul de experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova (proces–verbal nr. 16 din 17 decembrie 2010).

7.2 Aplicarea criteriilor de evaluare cantitativă a calităţii în asistența medicală primară

În continuare vom demonstra aplicarea criteriilor elaborate în cadrul acestei cercetări în practică, prin exemplificarea evaluării la nivel individual şi la nivelul colectivului.

Exemplul 1. Medicul de familie ”X”, în vârstă de 40 de ani, are o vechime de muncă în specialitate de 10 ani. Posedă categoria superioară de performanţă profesională. A fost pregătit în medicina de familie prin rezidenţiat. În ultimii 5 ani, a efectuat 2 cicluri de pregătire postuniversitară continuă sub formă de pregătire tematică şi o specializare în afara ţării, acumulând în total un credit de 700 ore de pregătire. De asemenea, a participat la lucrările a 2 foruri ştiinţifico-practice, a publicat 4 lucrări recenzate.

Activează fără asistentă medicală, pe o normă de activitate (un salariu). Distanţa până la sectorul deservit este de 4 km, la care se deplasează preponderent pe jos. Componentele încăperilor corespund standardelor pentru buna practică, biroul medicului de familie este destinat pentru2 persoane, are acces la internet în incinta CMF. Respectă principiul de programare a pacienţilor, toţi pacienţii sunt examinaţi în cabinetul de triaj până la consultaţia medicală; dispune de tot utilajul medical necesar medicului de familie etc.

Evaluarea cuprinde următoarele procedee:

I. Măsurarea nivelului calitativ al tuturor indicatorilor din

fiecare domeniu de indicatori.

II. Calcularea sumei punctelor convenţionale pentru fiecare grupă de indicatori, obţinând subscorul.

III. Calcularea sumei subscorurilor, obţinând scorul total.

IV. Suprapunerea fiecărei valori de subscor şi scor total cu scara de evaluare respectivă, determinând nivelul estimativ al calităţii.

V. Completarea procesului–verbal de evaluare individuală (tab. 7.3).

Tabelul 7.3 ***Procesul-verbal de evaluare a activităţii medicului de familie X***

Nr. dr.	Denumirea grupului de indicatori	Scor, puncte convenţionale	Nivelul apreciat
1.	**Cadrele medicale**	40	Bun
2.	**Organizarea activităţii**	66	Satisfăcător
3.	**Condiţiile igienice de activitate**	60	Bun
4.	**Dotarea tehnico-materială**	55	Satisfăcător
5.	**Activitatea echipei medicului de familie**	300	Bun
5.1.	Accesibilitatea serviciilor medicale	**40**	**Bun**
5.2.	Managementul calităţii practicii medicale	**260**	***Bun***
5.2.1.	***Supravegherea medicală preventivă a copiilor sub 1 an***	***50***	***Foarte bun***
5.2.2.	***Supravegherea medicală preventivă a femeilor gravide***	***55***	***Foarte bun***
5.2.3.	***Depistarea timpurie a maladiilor cu impact major asupra sănătăţii populaţiei***	***15***	***Bun***
5.2.4.	***Supravegherea activă a pacienţilor cronici***	***140***	***Bun***

5.2.4.1.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului circulator*	*30*	*Satisfăcător*
5.2.4.2.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului respirator*	*30*	*Satisfăcător*
5.2.4.3.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului digestiv*	*30*	*Satisfăcător*
5.2.4.4.	*În grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului urinar*	*10*	*Nesatisfăcător*
5.2.4.5.	*În grupul de pacienţi cu diabet zaharat*	*15*	*Bun*
5.2.4.6.	*În grupul de pacienţi cu maladii depistate în grad avansat*	*25*	*Satisfăcător*
6.	**Promovarea sănătăţii**	*30*	**Bun**
7.	**Măsurarea performanţei**	*30*	**Bun**
8.	**Aprecierea satisfacţiei pacienţilor**	*30*	**Foarte bun**
9.	**Motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate**	24	**Bun**
Scor total:		**635**	**BUN**

Evaluare :

- Activitatea medicului a fost apreciată în diapazonul de la nivel satisfăcător până la nivel foarte bun. În 11,1% grupuri de indicatori nivelul calităţii este foarte bun, în 66,7% – bun, iar în 22,2% – satisfăcător.
- Scorul total se cifrează la 635 puncte convenţionale, ceea ce corespunde nivelului bun de activitate.
- Direcţiile de activitate cu un nivel estimativ al calităţii sub cel optimal reprezintă punctele slabe – în cazul nostru

avem rezerve la capitolul organizarea activităţii şi dotarea tehnico-materială. Evaluarea medicului de familie a evidenţiat cele mai severe probleme legate de calitatea supravegherii active a pacienţilor cu maladii cronice, cu precădere a celor cu maladii ale sistemelor urinar, digestiv şi respirator.

- Optimizarea regimului de activitate şi bazei tehnico–materiale ţine de competenţa administraţiei IMSP, iar lichidarea rezervelor în supravegherea activă a pacienţilor cronici ţine de competenţa medicului de familie (prin acumularea cunoştinţelor teoretice şi practice şi sporirea responsabilităţi etc.).
- Pentru motivarea MF propunem un supliment la salariu de 25%.

Exemplul 2. CS ”Y”, deserveşte 8000 populaţie. Cadrele medicale sunt completate în proporţie de 80% conform statelor. Sunt angajaţi 4 medici de familie, dintre care 1 cu categorie superioară de calificare, 1 tânăr specialist, fără categorie, 2 medici – cu prima categorie de calificare. Raza de deservire este de 7 km.

Algoritmul de estimare a activităţii subdiviziunilor sau a IMSP este analogic cu cel descris anterior, cu următoarele concretizări:

I. Se efectuează evaluarea individuală pentru fiecare medic de familie;

II. Se calculează suma totală a scorului obţinut de fiecare MF în particular, pentru a obţine scorul global pe subdiviziune sau IMSP;

III. Se calculează valoarea medie a scorului, prin raportarea scorului global la numărul de MF investigaţi;

IV. Se suprapun valorile medii de subscor şi scor cu scara

de evaluare respectivă şi se determină nivelul estimativ al calităţii;

V. Se completează procesul-verbal de evaluare instituţională (tab. 7.4).

Tabelul 7.4. ***Procesul-verbal de evaluare complexă a activităţii CS***

Nr. dr.	*Denumirea grupului de indicatori*	*Patronimicul medicului de familie*						*Total puncte conv.*	*Nivelul mediu pe IMSP*	
		X		***Y***		*Z*				
		Subscor/ scor	*Nivelul calităţii*	*Scor*	*Nivelul calităţii*	*Scor*	*Nivelul calităţii*		*Scor*	*Nivelul calităţii*
1.	**Cadrele medicale**	**40**	**B.**	**30**	**S.**	**50**	**F. B.**	**120**	**40**	**B.**
2.	**Organizarea activităţii**	**66**	**S.**	**55**	**S.**	**70**	**B.**	**191**	**63,6**	**S.**
3.	**Condiţiile igienice de activitate**	**60**	**B.**	**56**	**B.**	**62**	**B.**	**178**	**59,3**	**B.**
4.	**Dotarea tehnico - materială**	**55**	**S.**	**60**	**S.**	**60**	**S.**	**175**	**58,3**	**S.**
5.	**Activitatea echipei medicului de familie**	**300**	**B.**	**297**	**B.**	**295**	**B.**	**892**	**297, 3**	**B.**
5.1.	Accesibilitatea la serviciile medicale	40	B.	40	B.	50	F. B.	130	43,3	B.
5.2.	Managementul calităţii practicii medicale	260	B.	257	B.	245	B.	762	254	B.

5.2. 1.	*Supraveghere a medicală preventiva a copiilor sub 1 an*	***50***	***F. B.***	***30***	***S.***	***40***	***B.***	***120***	***40***	***B.***
5.2. 2.	*Supraveghere a medicală preventivă a femeilor gravide*	***55***	***F. B.***	***50***	***B.***	***35***	***S.***	***140***	***46,6***	***B.***
5.2. 3.	*Depistarea timpurie a maladiilor cu impact major asupra sănătăţii populaţiei*	***15***	***B.***	***10***	***N.***	***20***	***F. B.***	***45***	***15***	***B.***
5.2. 4.	*Supraveghere a activă a pacienţilor cronici*	***140***	***S.***	***167***	***B.***	***150***	***B.***	***457***	***152, 3***	***B.***
5.2. 4.1.	*Ggrupul de pacienţi cu maladii ale sistemului circulator:*	*30*	*B.*	*32*	*B.*	*30*	*B.*	*92*	*30,6*	*B.*
5.2. 4.2.	*Grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului respirator:*	*30*	*S.*	*40*	*B.*	*25*	*S.*	*95*	*31,6*	*S.*
5.2. 4.3.	*Grupul de pacienţi cu maladii ale sistemului digestiv:*	*30*	*S.*	*40*	*B.*	*35*	*B.*	*105*	*35*	*B.*
5.2. 4.4.	*Ggrupul de bolnavi cu maladii ale sistemului urinar*	*10*	*S.*	*10*	*S.*	*15*	*B.*	*25*	*10,1*	*S.*
5.2. 4.5.	*Grupul de pacienţi cu diabet zaharat:*	*15*	*B.*	*15*	*B.*	*15*	*B.*	*45*	*15*	*B.*

5.2. 4.6.	*În grupul de pacienţi cu maladii depistate în grad avansat*	*25*	*S.*	*30*	*B.*	*30*	*B.*	*85*	*28,3*	*B.*
6.	**Promovarea sănătăţii**	**30**	**B.**	**25**	**S.**	**30**	**B.**	**85**	**28,3**	**B.**
7.	**Măsurarea performanţei**	**30**	**B.**	**30**	**B.**	**30**	**B.**	**90**	**30**	**B.**
8.	**Aprecierea satisfacţiei pacienţilor**	**30**	**F. B.**	**25**	**B.**	**25**	**B.**	**80**	**26,6**	**B.**
9.	**Motivarea personalului pentru serviciile medicale acordate**	**24**	**B.**	**15**	**S.**	**24**	**B.**	**63**	**21**	**B.**
Scor total:		**635**	**B.**	**593**	**B.**	**646**	**B.**	**1874**	**624, 6**	**B.**

Evaluare:

- Activitatea CS a fost apreciată în diapazonul de la nivelele „nesatisfăcător” până la „bun”. 8 domenii de activitate şi activitatea a 3 medici de familie se încadrează în limitele „bun”.
- Valoarea medie a scorului total se cifrează la 624,6 puncte convenţionale, ceea ce corespunde nivelului „bun” al calităţii. Acest nivel este obţinut de medici în condiţii de dotare tehnico–materială satisfăcătoare a instituţiei.
- Se constată rezerve la capitolele:organizarea activităţii, dotarea tehnico–materială, depistarea pacienţilor cu grad avansat de boală.
- Nivelul inferior al calităţii actului medical se constată la supravegherea activă a pacienţilor cronici cu maladii ale sistemelor digestiv, urinar şi respirator.

- Stimularea materială a medicilor de familie pentru calitatea serviciilor acordate este inechitabilă: medicul Y primeşte un supliment mai mic la salariu pentru activităţile apreciate ca fiind „bune”, faţă de medicii X şi Z.
- Sunt necesare elaborarea şi implementarea eşalonată a măsurilor de sporire a calităţii:

În perspectivă imediată:

- Asigurarea cu consumabile;
- Depistarea activă a pacienţilor cu grad avansat al maladiei;
- Penalizarea specialiştilor pentru lucrul necalitativ şi stimularea materială corectă, în conformitate cu nivelul general al calităţii, apreciate cantitativ în baza criteriilor.

În perspectiva pe termen mediu:

- Efectuarea reparaţiilor curente (cosmetice) a încăperilor;
- Construcţia unei cazangerii autonome;
- Asigurarea cu telefonie mobilă;

În perspectiva pe termen lung:

- Reconstrucţia edificiului;
- Dotarea instituţiei cu tehnică modernă.

Metoda de abordare elaborată necesită, evident, o aprobare mai largă, în scopul perfecţionării, pentru aplicarea obligatorie în practică, fapt care se va realiza prin implementarea recomandărilor metodice ”Criterii SMART de estimare complexă a activităţii sectorului de asistenţă medicală primară”, aprobate la Consiliul de Experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova (proces-verbal nr. 16 din 17 decembrie 2010).

Implementarea criteriilor elaborate va duce la: elaborarea sistemului formalizat de evaluare cantitativă şi estimarea calităţii activităţii medicului de familie, a subdiviziunilor, a IMSP şi integral pe serviciul AMP etc.; evidenţierea punctelor

slabe şi punctelor forte în activitate, cu depistarea direcţiei şi a indicatorilor cu nivel al calităţii sub cel optim; prioritizarea activităţilor de eficientizare a cheltuielilor şi de creştere a performanţei îngrijirilor medicale pe termen scurt şi pe termen lung; obţinerea dovezilor pentru procesul decizional în planificarea, monitorizarea şi evaluarea activităţii legate de controlul maladiilor şi prestarea serviciilor de asistenţă medicală primară de calitate corespunzătoare.

Semnificaţia practică şi aplicativă a criteriilor elaborate este înlăturarea controverselor condiţionate de diversitatea activităţii medicului de familie, ele oferindu-ne posibilitatea de a compara indicii ce caracterizează diferite componente ale activităţii medicului de familie, cuantificaţi în unităţi de măsură incomparabile. De exemplu: numărul de vizite la domiciliu, depistarea timpurie a bolnavilor cu cancer, numărul de lecţii citite sau numărul de puncte acumulate la capitolul „Pregătirea medicală continuă”.

Dotarea managerilor din sistemul AMP cu un instrument practic pentru analiza şi evidenţierea problemelor privind calitatea activităţii (medicului de familie, IMSP etc.), va servi pentru obiectivizarea unui software de management orientat.

CONCLUZII

1. Reformele întreprinse în AMP, au atât efecte pozitive, cât şi efecte negative. Printre cele pozitive se numără ameliorarea relativă a stării demografice, mai ales în mun. Chişinău, cu toate că nivelurile atestate actualmente sunt inferioare celor din anul 1990. Printre cele negative, înregistrate în perioada implementării AOAM, se numără menţinerea nivelului mortalităţii (8,3–8,0$^0/_{00}$). Principalele cauze de deces sunt bolile sistemului circulator (I00–I99) – 50,0±0,45%, urmate de tumori (C00–D48) – 18,7±0,41% şi de bolile aparatului digestiv (K00–K93) – 8,4±0,30%. Nivelul mediu al morbidităţii generale a populaţiei mun. Chişinău, în perioada 2004–2010, este superior celui republican, constituind 8266,4±498,81$^0/_{00}$ prevalenţă şi 4677,6±254,85$^0/_{00}$ incidenţă, versus 6691,6±120,70$^0/_{00}$ prevalenţă şi 3420,7±202,17$^0/_{00}$ incidenţă respectiv. Procesele evolutive denotă o tendinţă de creştere cu o rată medie anuală de +3,63%, +4,71% şi +1,87% a prevalenţei şi +1,6%, + 10,3% şi +2,9% a incidenţei morbidităţii globale, a populaţiei adulte şi a celei pediatrice corespunzător.

2. Particularităţile organizatorice în prestarea serviciilor de AMP în mun. Chişinău sunt: descentralizarea structurilor AMP înaintea implementării AOAM; managementul AMP la nivel teritorial sub formă de asociaţii medicale teritoriale cu CMF teritoriale; accesibilitatea serviciilor şi adresabilitatea sporită a populaţiei la serviciul de AMP, profesionalismul cadrelor medicale, precum şi libera alegere a medicului de familie şi a instituţiei medicale; prezenţa pe piaţa serviciilor de AMP a concurenţei datorită unui număr considerabil de instituţii medicale publice şi private.

3. În perioada 2004–2010, în mun. Chişinău se constată o majorare progresivă a bugetului global, practic de 2,5 ori mai mult faţă de perioada de până la implementarea AOAM, cu rata medie anuală +13,59% şi de +9,81% a alocărilor CNAM şi MS.

4. Au fost depistate un şir de impedimente cu caracter managerial cum ar fi: dublarea activităţii MF şi medicilor-specialişti, nerespectarea exactă a prevederilor protocoalelor clinice, cele mai importante activităţi nu sunt unificate, conlucrarea defectuoasă între medicul de familie şi asistentele medicale în realizarea asistenţei medicale primare eficiente.

5. Insatisfacţia pacienţilor din mun. Chişinău de nivelul calităţii serviciilor medicale se menţine înaltă – 68%. Rezultatele analizei multifactoriale de regresie corelare au demonstrat că gradul de satisfacţie a pacientului - beneficiar de asistenţă medicală primară este influenţat de nivelul interesului şi al responsabilităţii personale pentru sănătate. Pacienţii cu studii medii incomplete şi studii medii pun accent pe efectuarea unui număr mare de investigaţii de laborator şi instrumentale, iar cei cu studii medii de specialitate şi superioare contează pe profesionalismul MF şi relaţiile interpersonale (de încredere), deciziile informate având pondere în formarea satisfacţiei lor.

6. Munca MF este una încordată şi se caracterizează prin instalarea oboselii stabile. Lucrătorii medicali din AMP invocă următorii factori suprasolicitanţi: constrângerea temporală (99,6%), perturbarea ritmurilor circadiene (76,9%), caracterul disritmic al activităţii (16,8%), riscul decizional (47%), insatisfacţia profesională (63%), dificultăţile privind adaptarea şi inserţia în breaslă (37,5%), pericolul pentru sănătatea proprie (100%), responsabilitatea deosebită (97,5%), suprasolicitarea

emoţională (100%). Exercitarea profesiei în condiţiile respective induce stres ocupaţional, care cel mai frecvent se manifestă prin sindromul Burn-out (înseamnă epuizat, deprimat), careeste menţionat practic de toate persoanele aflate în studiu.

7. Estimarea obiectivă şi multilaterală a eficacităţii implementării AOAM actualmente la moment este dificilă deoarece lipsesc indicatori unificaţi pentru toate componente determinante ale calităţii şi criteriilor cantitative de evaluare a serviciilor medicale acordate la nivelul AMP. În acest context, în cadrul actualei cercetări au fost elaborate criterii cantitativi de evaluare complexă a activităţii AMP, care permit aplicarea sistemului formalizat de evaluare obiectivă cantitativă a calităţii serviciilor medicale prestate, cu evidenţierea punctelor forte şi celor slabe, prioritizarea măsurilor de îmbunătăţire a managementului şi sporirii performanţei, atât la nivel individual, cât şi la nivel instituţional.

RECOMANDĂRI PRACTICE:

1. Se recomandă Ministerul Sănătăţii de a desfăşura un studiu-pilot cu scopul evaluării complexe a activităţii serviciului AMP, la nivel naţional, conform Criteriilor SMART de estimare complexă a calităţii serviciului de AMP, elaborate în cadrul actualei cercetări.

2. E necesar de a implementat la nivel local următoarele măsuri de optimizare a activităţii serviciului de AMP:

– Dezvoltarea programelor de screening şi realizarea altor metode de gestionare a factorilor de risc. Îndrumarea şi stimularea fiecărui cetăţean pentru respectarea principiului „***Mergi la medic, ca să fii sănătos***".

– Fortificarea rolului medicului de familie prin creşterea competenţelor şi atribuţiilor.

– Realizarea unui program permanent de evaluare a stării de sănătate a populaţiei, aplicat pe durate medii şi lungi, armonizat la cerinţele OMS şi UE, asigurând îndeplinirea obiectivelor de profilaxie şi monitorizare.

3. A asigura desfăşurarea activităţii echipei medicului de familie în bune condiţii ocupaţionale (de muncă), conform exigenţelor şi prevederilor legislaţiei sanitaro-igienice şi antiepidemice în vigoare.

4. A raţionaliza ziua de muncă şi odihnă conform particularităţilor fiziologice şi igienice ale muncii MF, cu introducerea în programul de muncă a micropauzelor reglementate (5 minute după fiecare 2 ore de lucru), efect anti-stres.

5. În scopul protecţiei financiare a pacientului, se recomandă de prevăzut posibilitatea majorării cheltuielilor directe pentru pacient (medicamente, consumabile), efectuarea investigaţiilor paraclinice în funcţie de diagnostic, conform protocoalelor clinice naţionale, şi diminuarea numărului excesiv de vizite pe acelaşi caz de boală.

BIBLIOGRAFIE

În limba română:

1. Ababii I. ş. a. *Dezvoltarea medicinii de familie în Republica Moldova.* În: Materialele Congresului II al Medicilor de familie din Republica Moldova, 2006, p. 3–8.

2. Ababii I. ş. a. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2007, nr. 6, p. 21–26.

3. Alfred Bulai. *Focus-grupul în investigaţia socială. Metode de cercetare calitativă.* Bucureşti: Paideia, 2000, 119 p.

4. Adirondack Sandy. *Managementul pur şi simplu?* Bucureşti: Fundaţia pentru Dezvoltarea Societăţii Civile, 1999, 268 p.

5. Afilon Jompan. *Medicina familiei.* Timişoara: Helicon, 1997, 188 p.

6. Androniceanu A. *Noutăţi în managementul public*. Bucureşti: ASE, 2003, 396 p.

7. Apetri L. *Satisfacţia pacientului–reflectarea calităţii serviciilor medicale.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2007, nr. 5, p. 69– 3.

8. Apetri L., Eţco C., Belostecinic G. *Marketingul şi alte aspecte ale sistemului de sănătate în perioada de tranziţie*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2003, nr. 3, p. 24–27.

9. Armean P. *Analiza sistemelor de sănătate din perspectiva calităţii*. În: Management în sănătate, 2002. nr. 3, p. 24–27.

10. Barbăroşie A. ş. a. *Finanţarea în contextul asigurării calităţii serviciilor medicale.* Chişinău: Epigraf, 2007, 211 p.

11. Bărbulescu C. *Pilotajul performant al întreprinderii*. Bucureşti: Economica, 2000, 384 p.

12. Bivol Gr. ş. a. *Ghid practic al medicului de familie.* Chişinău: Cartier, 2004, 536 p.

13. Bivol Gr. *Medicina de familie ca specialitate şi crearea ei în Republica Moldova. Ghid practic al medicului de familie.* În: Buletin Informativ al MS, FIS şi Banca Mondială, 2003, nr. 6, p. 9.

14. Bivol Gr., Gheorghian T. *Formarea şi pregătirea continuă a medicului specialist de medicina de familie*. În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 2005, Ediţia VI, vol. II, p. 455–458.

15. Brian Jack. *Practica în medicina de familie.* În: Buletin informativ pentru medicii de familie, 2000, vol. 3, nr. 8, p. 153–154.

16. Buga M., Eţco C., Ciocanu M. *Preocupările importante în elaborarea politicilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate în ţările din Europa de Vest.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2007, nr. 6, p. 35–42.

17. Buga M. *Aspecte socioeconomice şi juridice ale implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.* Autoref. tezei dr. în şt. med. Chişinău, 2011, 30 p.

18. Burloiu P. *Economia şi organizarea ergonomică a muncii*. Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică, 1990, 650 p.

19. Burduş E. ş. a. *Managementul schimbării organizaţionale.* Bucureşti: Economica, 2003, 573 p.

20. Buta G. *Planificarea strategică a asistenţei medicale primare a sistemului municipal de sănătate publică.* În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 2008, ediţia a IX–a, vol. II, p. 108–115.

21. Buta G. *Evaluarea alocărilor financiare ale serviciului de asistenţă medicală primară din municipiul Chişinău în perioada implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală*. În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 2011, ediţia aXII–a, vol II, p. 238–239.

22. Buta G. *Evoluţii în abordarea calităţii serviciilor medicale.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2010, nr. 1, p. 14–19.

23. Buta G. *Estimarea stresului ocupaţional în serviciul de asistenţă medicală primară.* În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 2010, ediţia a XI−a, vol. II, p. 228−236.
24. Buta G. *Libera alegere a instituţiei medicale şi medicului de familie–instrument eficient al calităţii serviciilor medicale.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2009, nr. 3, p. 9–12.
25. Buta G., Eţco C., Damaşcan G. *Reflexions manageriales et financieres sur la medecine primaire et ses particularites dans le municipe Chisinau.* XXè Congrés de G'ALASS. Luxembourg, 2009, p. 9–19, http: alass.org.
26. Căprărescu Gh., Androniceanu A., Miles M. *Managementul schimbării organizaţionale.* Bucureşti: Economica, 2003, 573 p.
27. Ciobanu Gh. *Asistenţa medicală de urgenţă în contextul asigurărilor medicale din Republica Moldova.* În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe Medicale. 2007, nr. 1, p. 7–3.
28. Ciobanu M. *Optimizarea asistenţei medicale primare populaţiei urbane la etapa de tranziţie la economia de piaţă*. Teză de doctor în medicină. Chişinău, 1997, 206 p.
29. Ciobanu M., Ciocanu M. *Asigurările sociale de sănătate.* În: Societate. Om. Sănătate. Chișinău, 1996, nr. 8, p. 1–2.
30. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. *Asigurări de sănătate în Republica Moldova*. Chișinău, 1996, 95 p.
31. Ciocanu M. *Administrarea serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2004, nr. 1, p. 9–16.
32. Ciocanu M. *Argumentarea ştiinţifică a strategiei de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova.* Autoref. dr. hab. în med. Chișinău, 2008, 49 p.

33. Ciocanu M. *Semnificaţia solidarităţii sociale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.* În: Curierul medical, Chişinău, 2007, nr. 6, p. 70–76.
34. Ciocanu M. *Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova.* Chişinău: Epigraf, 2009, 320 p.
35. Ciocanu M. ş. a. *Aspecte conceptuale privind asigurarea şi managementul calităţii asistenţei medicale.* În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. 2009, nr. 4, p. 6–28.
36. Ciocanu M. *Argumentarea direcţiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2007, nr. 6, p. 27–31.
37. Ciocanu M. ş. a. *Rezultatele sondajului de opinie privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2007, nr. 1, p. 4–8.
38. Ciocanu M., Ţurcanu Gh., Negruţa A. *Populaţia şi accesibilitatea serviciilor de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2007, nr. 5, p. 13–21.
39. Cole G. *Management: teorie şi practică.* Chişinău: Ştiinţa, 2004, 443 p.
40. Cornescu V., Mihăilescu I., Stanciu S. *Managementul organizaţiei*. Bucureşti: All Beck, 2003, 282 p.
41. Damaşcan Gh., Eţco C. *Instituţiile medicale şi implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.* În: „Bioetica, Filosofia, Economia şi Medicina Practică în strategia de existenţa umană". Materialele Conferinţei a IX–a Ştiinţifice Internaţionale, 2004, p. 229–233.
42. Duda R. *Sănătate publică şi management.* Iaşi: Junimea, 1996, 210 p.
43. Enăchescu D., Marcu G. *Sănătate Publică şi Management Sanitar.* Bucureşti: All Beck, 1995, 320 p.

44. Eţco C., Buta G. *Estimarea multifactorială a satisfacţiei pacienţilor în raport cu calitatea serviciilor medicale.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2009, nr. 4, p. 30−33.

45. Eţco C., Buta G. *Estimarea calităţii serviciilor medicale primare în condiţiile implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală prin prisma opiniei pacienţilor din municipiul Chişinău.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2011, nr. 4, p. 43–49

46. Eţco C., Buta G. *Rolul medicului de familie în promovarea sănătăţii.* În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 2009, ediţia a X–a, vol. II, p.167−172.

47. Eţco C. ş. a. *Asigurarea obligatorie de asistenţă medicală din Republica Moldova: realizări şi perspective.* Chişinău: Epigraf, 2011, 432 p.

48. Eţco C. *Esenţa, conţinutul şi caracteristicile calităţii serviciilor medicale.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2010, nr. 3, p. 4–7.

49. Eţco C. *Management în sistemul de sănătate*. Chişinău: Epigraf, 2006, 862 p.

50. Eţco C. Damaşcan Gh. *Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate.* În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. 2006, nr. 3, p. 24–30.

51. Eţco C. ş. a. *Percepţia aranjamentelor de administrare a asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2009, nr. 4, p. 109–112.

52. Eţco C. ş. a. *Aspecte economice ale activităţii medicului de familie*. Chişinău: CEP. Medicina, 2002, 128 p.

53. Eţco C. ş. a. *Calitatea serviciilor în contextul metodologic, costului şi al utilizării resurselor în ocrotirea sănătăţii*. În: „Problema supravieţuirii omenirii. " Materialele a celei de a III–a

conferinţă ştiinţifică internaţională. Chişinău: USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 1998, p. 112–114.
54. Eţco C. ş. a. *Colaborarea intersectorială–cheia succesului în domeniul promovării sănătăţii la nivel comunitar.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2006, nr. 4, p. 8–11.
55. Eţco C. ş. a. *Finanţarea în contextul asigurării calităţii serviciilor medicale.* Chişinău: Epigraf, 2007, 211 p.
56. Eţco C. ş. a. *Managementul serviciilor din sectorul asistenţei medicale primare: cheltuieli, eficienţă, calitate.* Chişinău: Epigraf, 2000. 139 p.
57. Eţco C., Ciobanu M. *Problemele medico-economice ale reformării ocrotirii sănătăţii cu folosirea metodelor de management.* În: Culegerea de materialele ale seminarului cu medici–organizatori din Călăraşi. Chişinău, 1999, p. 179.
58. Eţco C., Ciobanu M., Sava V. *Problemele economicomanageriale în ocrotirea sănătăţii.* Chişinău: CEP Medicina, 1999. 178 p.
59. Eţco C., Ciocanu M., Buga M. *Aspecte de dezvoltare a sistemului de sănătate din Republica Moldova.* În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei, 2008, nr. 2, p. 219–225.
60. Eţco C., Globa N. *Managementul din instituţiile medicale şi căile de eficientizare a lui.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2005, nr. 2, p. 4–9.
61. Eţco C., Malanciuc Iu. *Asigurările medicale.* Chişinău: Tipografia Centrală, 2007, 454 p.
62. Eţco C., Malanciuc Iu. *Asigurările de sănătate şi particularităţile expertizei medicale.* Chişinău: Tipografia Centrală, 2004. 239 p.
63. Eţco C., Reabova E., Marin S. *Experienţa unor ţări în domeniul asigurării medicale şi aplicarea ei în Moldova.* În: Economica Academiei de Ştiinţe a Republicii Moldova, 1999, p. 111–115.

64. Eţco C., Russu Gh., Damaşcan Gh. *Managementul instituţiilor medicale în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2004, nr. 1, p. 4–9.

65. Eţco C., Russu R. Buta G. *Metodologia estimării cantitative a activităţii serviciului de asistenţă medicală primară*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 2011, nr. 3, p. 36–41.

66. Gintaras Kacevicius, Inga Paseccinic. *Recomandări cu privire la indicatorii de performanţă în asistenţa medicală primară.* Chișinău, 28 p.

67. Fournies F. F. *Psihologia angajaţilor*. Bucureşti: Teora, 2001, 149 p.

68. French R., Russ V. *Relaţii de grup: management şi organizare*. Chișinău: Tehnica INFO, 2004, 302 p.

69. Hăulica I. *Fiziologie umană*. Bucureşti: Editura Medicală, 1996, 370 p.

70. Idricean V. *Aspecte economice şi manageriale ale asigurărilor facultative de sănătate in Republica Moldova.* Autoref. tezei de dr. în medicină. Chișinău, 2006, 21 p.

71. Idricean V., Eţco C. *Importanţa marketingului în perioada de trecere a sistemului ocrotirii sănătăţii la economia de piaţă.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2004, nr. 4, p. 21–24.

72. Jaba E. *Statistica.* Bucureşti: Economica, 1998. 464 p.

73. Jan Cornelius Van E.S. *Medicul de familie şi pacientul său.* Bucureşti: Libra, 1997. 495 p.

74. Malanciuc Iu. *Metodologia de creare şi implementare a condiţiilor şi programelor de asigurări medicale în Republica Moldova.* Autoref. tezei de dr. în şt. medicale. Chișinău, 2006, 27 p.

75. Malanciuc Iu. *Perspectivele de reorganizare a sistemului medico-social de asigurare şi rolul în modificarea sistemului de*

finanţare a ocrotirii sănătăţii. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2005, nr. 3, p. 20–23.

76. Mereuţa I. *Managementul financiar al sistemului de sănătate.* Chişinău, 2004, 173 p.

77. Mihalache C., Brânduşa C., Oprea V. *Noţiuni practice de medicina muncii.* Iaşi: UMF, 1996. 160 p.

78. Moraru C. *Studiul morbidităţii familiilor rurale şi organizarea asistenţei medicale primare prin intermediul medicului de familie.* Autoref. tezei dr. în şt. medicale. Chişinău, 2003, 22 p.

79. Mureşanu P. *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate.* Bucureşti: Economica, 1989, 573 p.

80. Nemerenco A. *Relaţia medicului de familie cu comunitatea în care activează.* În: Buletinul Informativ al Ministerului Sănătăţii, Fondului de Investiţii în Sănătate şi Banca Mondială IMPACT, 2003, nr. 6, p. 7.

81. Nemerenco A. *Activitatea medicului de familie în echipă– instrument de îmbunătăţire a calităţii serviciilor primare de sănătate.* În: „Medicina de familie în epoca tehnologiilor – oportunităţi şi limite." Materialele Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale. România, Iaşi, 2009, p. 46–47.

82. Nemerenco A. *Asistenţa medicală primară–noţiuni, principii.* Chişinău, 2007, 147 p.

83. Nemerenco A. *Evaluarea unor activităţi ale echipei medicului de familie în condiţii de reformă.* In: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, Chişinău 2008, nr. 3, p. 4–8.

84. Nemerenco A. *Implementarea metodelor manageriale contemporane în activitatea instituţiilor de asistenţă medicală primară şi a medicului de familie.* Recomandări practice. Chişinău, 2010, 40 p.

85. Nemerenco A. *Oportunităţi de dezvoltare a sistemului de asistenţă medicală primară din Republica Moldova pe baza experienţei Olandei.* În: Anale ştiinţifice ale USMF „Nicolae

Testemiţanu" din Republica Moldova, 2009, ediţia a X, vol. II, p. 155–162.

86. Nemerenco A. *Optimizarea serviciilor de asistenţă medicală primară prin implementarea metodelor manageriale contemporane.* Autoref. tezei dr. în şt. med. Chişinău, 2008, 20 p.

87. Nemerenco A., Tintiuc D. *Evaluarea calităţii serviciilor de asistenţă medicală primară.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, Chişinău, 2008, nr. 2, p. 4–8.

88. Nica E. *Managementul performanţei: perspectivă umană*. Bucureşti: Economica, 2006, 270 p.

89. Nicolescu O. *Management comparat: Uniunea Europeană, Statele Unite ale Americii şi Japonia.* Bucureşti: Economica, 2001. 446 p.

90. Niculescu T. *Îndreptar practic de medicina muncii*. Bucureşti: Medmun, 1993, 860 p.

91. Olaru M. *Managementul calităţii. ediţia II.* Bucureşti: Economica, 1999, 580 p.

92. Opincaru C., Călăţescu Em. M., Imbri Em. *Managementul calităţii serviciilor în unităţile sanitare.* Bucureşti: CNI. Coreşti, 2005, 446 p.

93. Palanciuc M. *Managementul calităţii serviciilor de sănătate.* Chişinău: Tipografia Centrală, 2009, 196 p.

94. Pănişoară G., Pănişoară I. *Managementul resurselor umane: ghid practic. Ediţia a II–a.* Iaşi: Polirom, 2007, 460 p.

95. Popuşoi E., Eţco C. *Valori morale în medicină.* Chişinău: CEP Medicina, 1998, 215 p.

96. Prodan A. *Managementul de succes: motivaţie şi comportament.* Iaşi: Polirom, 1999, 188 p.

97. Russu R. *Profesionalismul – condiţia de ascensiune a performanţei.* În: Buletinul Academiei de Ştiinţă a Moldovei. Chişinău, 2009, p. 220–228

98. Rusu C. *Managementul schimbării*. Bucureşti: Economica, 2003, 456 p.
99. Russu Gh. ş. a. *Unele totaluri ale implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. Chişinău, 2007, nr. 6, p. 43–46.
100. Savin V. *Consolidarea asistenţei medicale primare în condiţii urbane*. Autoref. tezei de dr. în şt. medicale. Chişinău, 2003, 22 p.
101. Savin V. *Particularităţile organizării asistenţei medicale primare în condiţii urbane.* Recomendaţii metodice. Chişinău, 2003, 27 p.
102. Savin V. *Unele aspecte ale reorganizării asistenţei medicale în municipiul Chişinău*. În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu", Republica Moldova, 2001, ediţia a II, vol. II, p. 43–47.
103. Savin V., Tintiuc D. *Probleme actuale ale dezvoltării asistenţei medicale primare populaţiei urbane în Republica Moldova*. În: Curierul Medical, Chişinău, 2003, nr. 2, p. 24–27.
104. Savin V., Tintiuc D. *Problemele consolidării asistenţei medicale primare populaţiei în condiţii urbane. Aspecte economice şi financiare în reforma sistemului de sănătate*. Chişinău, 2002, p. 20–27.
105. Silion I. *Medicina muncii*. Iaşi: Polirom, 2000, 180 p.
106. Sora V., Hristache I., Mihăescu C. *Demografie şi statistică socială*. Bucureşti: Economica, 1996, 464 p.
107. Spinei L. *Abordări metodice în aprecierea calităţii serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, Chişinău, 2010, nr. 3, p. 8–10.
108. Spinei L. ş. a. *Analiza stării de sănătate a populaţiei Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici pentru perioada anilor 2005–2009*. Chişinău, 2010, 101 p.
109. Spinei L. ş. a. *Medicina socială şi managementul sanitar*. Chişinău: Tipografia centrală 1994, 156 p.

110. Spinei L. ş. a. *Epidemiologie şi metode de cercetare.* Chişinău, 2006, 224 p.
111. Tat M. *Introducere în medicina muncii. Bioagresivitate profesională. Etiopatofiziologie. Concepte diagnostice. Sanoprotecţie.* Bucureşti: Viaţa medicală românească, 1998, 860 p.
112. Tintiuc D. ş. a. *Sănătate publică şi management*. Chişinău: CEP Medicina, 2007, 896 p.
113. Tintiuc D., Ciocanu M. *Asigurările obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova.* În: Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova, 2007, ediţia a VI, vol. II, p. 41–48.
114. Tintiuc D. ş. a. *Coordonate ale calităţii în domeniul serviciilor de sănătate.* În: „Procese socio-demografice în societatea contemporană: de la meditaţii la acţiuni.", Materialele Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale. Chişinău, 2009, p. 137–141.
115. Tintiuc D., Eţco C., Grossu Iu. *Sănătate publică şi management.* Chişinău: CEP Medicina, 2002, 720 p.
116. Tintiuc D. ş. a. *Managementul Asistenţei Medicale Primare în Republica Moldova*. Chişinău: Universul, 2005, 280 p.
117. Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. *Noua sănătate publică. Întroducere în secolul XXI,* Chişinău: Ulysse, 2003, 744 p.
118. Zarbailov N. ş. a. *Evaluarea resurselor umane în sistemul de asistenţă medicală primară.* În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, Chişinău, 2009, nr. 1, p. 4–10.
119. Zarbailov N., Nemerenco A. *Relaţiile medicului de familie cu comunitatea şi activităţile bazate pe principii de echipă în asistenţa medicală primară.* Recomandări metodice. Chişinău, 2007, 14 p.
120. Vangheli V., Rusnac D. *Igiena muncii*. Chişinău: CEP Medicina, 2000, 475 p.
121. Vlădescu C. (coord.). *Managementul serviciilor de sănătate*. Bucureşti: Expert, 2000, 542 p.

122. Vlădescu C. (coord.) *Sănătate publică şi management sanitar*. Bucureşti: Cartea Universitară, 2004, 360 p.

În limba franceză:

123. Didier Noyé. *Pour satisfaire nos clients. 12 leçons sur la qualité des services*. Paris: Insept éditions, 2003, 92 p.

124. G rosbraş J. M. *Méthodes statistiques des sondages*. Paris: Berder–Tevroult, 1997, 553 p.

125. Fromentin D., Brun J., Lenglart J. *Santé et assurance qualité. Vers l'accréditation.* Paris: Berger–Levrault, 1998, 168 p.

În limba italiană:

126. Alfano A. (2006). *Burnout, stress socio sanítario, Il* Sole 24 Ore Sanita, IX 33 agosto.

127. Alfano A. (2006). *Mobbing: e strategie di comunicazione per contrastare it fenomeno. Il Sole 24 Ore Sanita,* IX 37 settembre.

128. Alfano A. et ael. (2009) *"Burn–out" r "mobbing*" e"statking". Il Salute. Prevenzíone, 95 E Territorio.

În limba engleză:

129. Atun R. et al. *Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis.* În: Health Policy Plan, 2010, vol. 25, p. 104–111.

130. Atun R. *Functional Analysis of the Stewardship Function in Moldova.* Copenhagen, Report to World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.

131. Atun R. *Development Strategy for Moldova. London, Primary Care and Social Assistance Project. Report 2007,* 58 p.

132. Atun R. *Technical Assistance for Restructuring of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Moldova.* Report to World Health Organization. Regional Office for Europe. 2006.

133. Atun R., Richardson E., Shishkin S. et al. Moldova: Health System Review, Health systems in Transition, 10 (5), Copenhagen, World Health Organization, 2008.

134. Atun R. et al. *Moldova: Health System Review. Health Systems in Transition.* Copenhagen: World Health Organization, 2008.
135. Atun R. *Opportunities in the UK Health Care Market. A Strategic Analysis. FT Health Care Reports*. Financial Times, London, 1998.
136. Bewick D., Roessner J., Blanton A. *Curing the health care – New Strategies for Quality Improvement*. London, 2001.
137. Cercone J., Godinho J. *The elements of health care system reform in Moldova.* În: Euro health, 2001, no. 7, p. 40–41.
138. Cercone J. Moldova Health Policy Note: *The Health Sector in Transition. Europe and Central Asia Region. Human Development Sector Unit.* Report. World Bank. 2003, 110 p.
139. Ciocanu M. et al. *Moldova: Health Systems in Transition.* În: *European Observatory on Health Systems and Policies: WHO,* 2008, vol. 10, no. 5, p. 130–138.
140. Ciurea D. *Development of a National Master–plan for the Primary Care Workforce and Infrastructure*. 2007, 121 p.
141. Corte E., Weinert F. *International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology. New York,* 1996.
142. De Calowe L., Vermaak H. Learning to change. A guide for organizational change agents. Sage publication. 2003, 450 p.
143. Figueras J. et al. *Health Systems in transitions: learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies,* 2004, 152 p.
144. Guy M., Jepson H. *How do primary care systems compare across Western Europe?* În: The Pharmaceutical journal, 2007, nr. 3, p. 249–256.
145. Hanan B. *World Bank Moldova Health Investment Fund Project. World Bank Mission 52. Aide Memoire. Moldova Country Assistance Evaluation.* Report. Evaluation Department. The World Bank. 2004.

146. Harrison Michael I. *Implementing Change in Health Systems. Market reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands. Sage Publications.* London: Thousand Oaks. New Delhi, 2004, 640 p.
147. Hersey P., Blanchard K. H., Johnson D. E. *Management of Organizational Behavior: utulizing human resoueces.* New Jersey: Prentice Hall, 1996, 620 p.
148. Holland Ph. *Strategic management.* New York: Mc Graw – Hill Company, 1986, 742 p.
149. Kalda R., Lember M. *Setting national standards for practice equipment. Presence of equipment in Estonian practices before and after introduction of guidelines with feedback.* În: *Int J Quality Health Care,* 2000, p. 59–63.
150. Kelly D. L. *Applying Qualiity Management in Heealth care: A Process for Improvement, Chicago, Washington, DC* Health Administration Press, 2003, 389 p.
151. Kuipers S.L. *Cast in Concrete? The Institutional Dynamics of Belgian and Dutch Social Policy Reform*. Delft: Academic Publishers. 2004, 820 p.
152. Kutzin J., McPake B. *Methods for Evaluating Effects of Health Reforms. Current Concerns, Moldova Country Assistance Evaluation.* Report. Operations, Evaluation Department. The World Bank, 2004.
153. Mathis R., Jackosn J. Personnel. *Human Resources Management. West Publishing Company*, 1991. 840 p.
154. Mc Keown T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. Oxford: Basil Blackwell, 1979, 428 p.
155. Nemerenco A. *Access to primary medical services of vulnerable or pauperized persons that do not hold medical insurance*. În: European Journal of Public Health. Oxford, 2006, vol. 16, p. 180–181.

156. Porter M., Olmsted Teisberg E. *Redefining health care. Creating value-based competitions on results.* În: *Harvard business school press*. Boston, Massachusetts, 2006, 468 p.

157. Tarimo E., Webster E. G. *Primary Health Care: Concepts and challenges in a changing world*. Alma-Ata Revisited. Geneva: WHO, 1974, 341 p.

158. Franklin J. *The Science of Conjecture: Evidence and Probability Before Pascal. Baltimore*: Johns Hopkins University Press, 2001, p. 259–277.

159. Habicht J., Kunst A. E *Social inequalities in health care services utilization after eight years of health care reforms. A cross sectional study of Estonia, 1999.* Social Science and Medicine, 2005. No. 60, p. 777–787.

160. Saltman R., Rico A., McKee M. et al *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series,* 2006, p 40.

161. Saltman R. *A conceptual overview of recent health reforms.* În: Eur. Journal Public Health. London, Working Paper, No. 269, Paris, 2000, 234 p.

162. Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K. *Decentralization in Health Care.* În: European Observatory on Health Systems and Polities Series. Open University Press, 2007, 298 p.

163. Sonnentag S. *Psychological Management or Individual Performance.* London: John Wiley&Sons Ltd, 2002.

164. Shishkin S., Kacevicius G., Ciocanu M. *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2006, 142 p.

165. Van Den Hombergh, Schers H. J., Dijkers F. W. *Equipment and premises in general practice. Oxford textbook of primary medical care.*

166. Wienke G.W. Boerma, Frans A. J. De Jong, Peter H. Mulder. *Health care and general practice across Europe.* Utrecht Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993, 127 p.

În limba rusă:

167.Аверьянов В. С. и др. *Физиологическое нормирование в трудовой деятельности.* Ленинград: Наука, 1998, 125 с.

168.Азгальдов Г. Г. *Квалиметрия, как средство обогащения и уточнения информации в здравоохранении.* În: Материалы Всесоюзной научной конференции, 1990, с. 220.

169.Азгальдов Г. Г., Райхман Э. П. *О квалиметрии.* Москва: Издательство стандартов, 1997, 172 с.

170.Алехеева Е.И. *Адаптационные процессы в популяциях человека.* Москва: Издательство МГУ, 1986, 215 с.

171.Арутюнов В. В., Волынский И. В. *Управление персоналом.* Ростов–на–Дону: Издательство стандартов, 2004, 448 с.

172.Афифи А. А.,Эйзен С. *Статистический анализ.* Москва: Издательство статистика, 1982, 468 с.

173.Ахалая О. А. *Совершенствование процедуры оценки персонала в ключевых кадровых ситуациях:* Дис. канд. экон. наук. Санкт–Петербург, 2000, 217 с

174.Бедный М. С. *Медико-демографическое изучение народонаселения.* Москва: Издательство статистика, 1979, 223 с.

175.Бузунов В. А. *Прогноз возрастной работоспособности в связи с условиями труда. Прогнозирование в прикладной физиологии.* În: Прикладная физиология, Киев, Здоровья, 1984, с. 88–89.

176.Василенко И. С. *Динамика мотивации профессионального самосовершенствования в инновационном процессе*. Дис. канд. социол. наук. Ростов на Дону, 2003. 191с.

177.Васильев В. И., Тягунова Т. Н. *Основы квалитологии и квалиметрии образования.* Москва: Центр ЕАОИ, 2007, 280 с.

178.Верховцева Л. Л. *Кадровые процессы в системе общего образования в условиях ее реформирования.* Дис. канд. социол. наук. Москва. 2005, 206 с.

179.Веснин В. Р. *Основы менеджмента.* Москва: Институт международного права и экономики им. Грибоедова, 2004. 480 с.

180.Виханский О. С., Наумов А. И. *Менеджмент.* Москва: ЮРАЙТ. 2004, 365 с.

181.Вялкова А. И., Кучеренко В. З. *Клинический менеджмент.* Москва: Издательство Форум, 2006.

182.Гехтман М. Я. *Здравоохранение Кишинева*. Кишинев: Картя молдовеняскэ, 1970. 30 с.

183.Гличев А. В. *Качество, эффективность, нравственность:* Учебное пособие. Москва: Премиум Инжиниринг, 2009, 358 с.

184.Голышева Г. В. *Научное обоснование эффективности периодических медицинских осмотров работников железнодорожного транспорта (на примере Московской железной дороги).* Автореферат на соискание степени к.м.н. Москва, 2004, 24 с.

185.Гришанина Н. В. и др. *Основы менеджмента*. Москва: ЮРАЙТ, 2006, 425 с.

186.Дмитриева Н. Е. *Социально-профессиональная адаптация государственных служащих к изменениям в институте государственной службы.* Дис. канд. социол. наук. Москва, 2003, 168 с.

187.Дорошенко Г. В., Литвинова Н. И. *Менеджмент в здравоохранении.* Москва: Форум, 2005, 343 с.

188.Дятлов В. А., Кибанов А. Я., Пихало В. Т. *Управление персоналом.* Москва: Издательство Приор, 2006, 365 с.

189.Ежов Н. Н. *Очерки истории медицины Молдавии.* Кишинев: Государственное издательство Молдавии, 1958, 51 с.

190.Загрядскийй В. П., Сулимо-Самуйлло З. К. *Методы исследования в физиологии труда.* Ленинград: Наука. Ленинградское отделение, 1976, 94 с.

191.Заика Н. М., Кузнецова Т. В., Шеболдов А. В. *Тенденция ресурсного обеспечения ПМСП в некоторых капиталистических странах Европы. Первичная медико–санитарная помощь. Десять лет Алма–Атинской декларации.* Москва, Сб. научных трудов. 1985, с. 64–73.

192.Золина З. М. *Физиологические основы рациональной организации труда на конвейере.* Москва: Медицина, 1967, 191с.

193.Кант В. И., *Методы системного подхода и её применение в практике здравоохранения.* Москва: Медицина, 1978, 136 с.

194.Капцов В. А. и др. *Руководство по применению квалиметрии в профилактической медицине.* Москва: Медицина, 2001, 450 с.

195.Капцов В. А. и др. *Экспертные оценки как один из перспективных методов оценки качества медицинской помощи.* Москва: Форум, 2008, 23 с.

196.Кибанов А. Я. *Основы управления персоналом:* Учебник. Москва: ИНФРА, 2004, 304 с.

197.Кощеев В. А. *Автоматизация статистического анализа данных.* Москва: ИНФРА. 1988, 82 с.

198.Кузнецов С. В. *Социальные резервы повышения эффективности трудовой деятельности.* Дис. канд. экон. наук. Санкт–Петербург, 1996, 296 с.

199. Кузнецова Н. В. *Мотивация труда и формы ее проявления.* Дис. канд. экон. наук. Санкт–Петербург, 1998, 444 с.

200.Кучеренко В. З *Экспертные оценки в медико–гигиенических исследованиях.* Методические рекомендации. Москва: Форум. 1999, 32 с.

201.Кучеренко В. З. *Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения.* Москва: Гэотар–Медиа, 2011, 256 с.

202.Лисицин Ю. П и др *Медицинское страхование.* Москва: Медицина, 1991. 96 с.

203.Лисицин Ю. П. *Здоровье населения и современные теории медицины: Критический анализ.* Москва: Медицина, 1982. 326 с.

204.Лисицин Ю. П. *Социальная гигиена и организация здравоохранения.* Казань, 1999, 439 с.

205.Маругина В. М. и Азгальдова Г. Г. *Квалиметрическая экспертиза строительных объектов.* Санкт-Петерсбург: Политехник, 2008, 527с.

206.Марчук Г. И. *Математические модели в иммунологии.* Автореферат на соискание научной степени к. м. н. Москва, 2005, 24 с.

207.Медведев В. И. и др. *Компоненты адаптационного процесса.* Ленинград: Наука, 1984, 110 с.

208.Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. *Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам*. Москва: Медицина, 1988, 253 с.

209.Мерков А. М., Поляков Л. Е. *Санитарная статистика*. Ленинград: Медицина, 1974, 383 с.

210.Мескон М., Альберт М., Хедоури Ф. *Основы менеджмента.* Москва: Дело, 1997. 675 с.

211.Мичникова Н. А. *Влияние властных отношений в организации на формирование карьерной стратегии работников: методология социологического анализа.* Дис. канд. социол. наук. Москва, 2004, 153 с.

212.Монаенкова А. М. *Методологические подходы к выявлению и оценке ранних признаков неблагоприятного влияния профессиональных факторов на здоровье.* În: Гигиена труда. 1988, № 10, с.1–5.

213.Новосельцев В. Н. *Теория управления и биосистемы.* Москва: Дело, 1978, 230 с.

214.Осипова Н. В. *Система непрерывного профессионального образования государственных служащих в регионе: социологический аспект* : Дис. канд. социол. наук. Москва, 2004, 143 с.

215.Опополь Н., Коробов Р. *Эколого–гигиенический мониторинг: проблемы и решения.* Кишинев, 2001, 240 с.

216.Павлов Ю. и др. *Организация первичной медико–социальной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)– основное направление повышения качества и эффективности системы охраны здоровья населения в Санкт–Петербурге.* În: Российский семейный врач, 1998, №3, с. 4–7.

217.Рябова Е., Ецко К., Рябов С. *Современные аспекты экономики и организации здравоохранения. Кишинэу*: Epigraf, 2009, 208 с.

218.Салтман Р. Б., Фшейрас Д. Ж. *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий.* Пер. с англ. Москва: ГЭОТАР Медицина, 2000, 432 с.

219.Сепетлиев Д. *Статистические методы в научных медицинских исследованиях.* Москва: Медицина, 1968, 420 с.

220.Солодков А. С. *Физиологические основы адаптации к физическим нагрузкам.* Ленинград: Наука 1988, 40 с.

221.Сотникова С. И. *Основы управления персоналом. Учебн – методический комплекс*. Новосибирск: НГУЭУ, 2004, с. 148.

222.Тестемицану Н. А. и др. *Пути сближения уровней амбулаторно-поликлинической помощи городскому и сельскому населению.* Кишинев: Штиинца, 1987, 128 с.

223.Тестемицану Н. А. и др. *Потребность и перспективы развития скорой медицинской помощи на селе.* Кишинев: Штиинца, 1990, 140 с.

224.Тестемицану Н. А. *Научное обосновании ликвидации существенных различий уровнях медицинской помощи городскому и сельскому населению (на опыте Молдавской ССР).* Дис. канд. мед. наук. Т 1–2. Кишинев, 1971. Т 1, 482 с. Т 2, 155 с.

225.Тестемицану Н. А. *Пути сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению Молдавской ССР.* Кишинев: Штиинца, 1974. 125 с.

226.Томилова В. В. *Менеджмент:* Учебник. Москва: ЮРАЙТ. 2003, 591 с.

227.Урбах В. Ю. *Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях*. Москва: ЮРАЙТ, 1975, 360 с.

228.Федюкин В. К. *Квалинтология.* Санкт-Петербург: СПбГИЭУ, 2002, 380 с.

229.Федюкин В. К. *Основы квалиметрии.* Москва: ФИЛИНЪ, 2004, 215 с.

230.Федюкин В. К. *Квалиметрия. Измерение качества промышленной продукции.* Серия: Учебное пособие. Москва: КноРус, 2009, 320 с.

231.Ферстер Э. и Ренц Б. *Методы корреляционного и регрессионного анализа.* Москва: ЮРАЙТ, 1983. 428 с

232.Фомин В. Н. *Квалиметрия. Управление качеством. Сертификация.* Москва: Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ».

233.Фшейрас Дж. *Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий*: Пер. с англ. Москва: Гэотар Медицина, 2000, 432с.

234.Хубрих В. *Развитие первичной медико–санитарной помощи в Европе. От Алма–Аты к 2000 году–взгляд с половины пути.* Сб. ст. Москва: Медицина, 1988, с. 31–39.

235.Шевченко А. М. и др. *Руководство к практическим занятиям по гигиене труда*. Киев: Вища школа, 1986, 335 с.

236.Шиган Е. Н. *Методы прогнозирования и модулирования в специальных гигиенических исследованиях*. Москва: Медицина, 1988, 208 с.

237.Шипова В. М., Гаврилов В. А., Мисник Ю. М. *Нормирование труда в здравоохранение. Советское здравоохранение*, 1985, № 6, с. 5–9.

238.Штейн Л.Б. *Опыт прогнозирования в медицине с помощью ЭВМ.* Санкт-Петербург, Издательство 1987, 65с.

Surse electronice.

239.Compania Naţională de Asigurări în Medicină. *Rapoarte de activitate.* // www.cnam.md. (vizitat 10.09.2011)

240.Centrul Naţional de Management în Sănătate. *Anuar Statistic.* // http://www.cnms.md/areas/statistics/anuar/ (vizitat 21.09.2011).

241.*Planul strategic de dezvoltare a Sistemului Naţional Informaţional în Sănătate în perioada 2008-2017.* Ministerul Sănătăţii. Ministerul Dezvoltării Informaţionale. Biroul Naţional de Statistică. Compania Naţională de Asigurări în Medicină. Chişinău, //www.ms gov. md. (vizitat 10.02.2011).

242.*Совещание консультативного совета по первичной медицинской помощи.* Гостиница WYNDHAM. 16 декабря 1998. http://www.medi.ru/LW/ПрограмыАМС3.htm. (vizitat 16.04.2010).

243.Кириллов А. И. *Метрология и квалиметрия: непростые отношения.* www.kapital–rus.ru/index.php/members/author/45/ (vizitat 04.02.2011).

244.Комаров Ю. М. *Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения.* În: Вестник государственного социального страхования. www.vgss.ru/portal/media type/html/group. (vizitat 17.05.2010).

245.Михеева Ю. Е. *Система здравоохранения в Японии.* http://www.kremlin.ru/text/stcdocs/2003/04/44254.shtml(vizitat 15.03.2010).

Particularităţile organizării asistenţei medicale primare în condiţiile asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chişinău

Constantin Eţco, Galina Buta.

Chișinău: editura PRIMEX COM, 2014. 280 p.

Istoria modernă a sistemului de sănătate din Republica Moldova începe după al Doilea Război Mondial. Până în anul 1994, ţara noastră a avut un sistem de sănătate de tip Semaşko, finanţat integral de stat. Ultimele 2 decenii se caracterizează printr-un proces continuu de reformare, care a început în anul 1995, odată cu iniţierea negocierilor dintre Banca Mondială şi Guvernul Republicii Moldova referitor la îmbunătăţirea performanţelor sistemului de sănătate. La această etapă au fost stabilite principii noi de finanţare şi organizare a asistenței medicale primare şi secundare, a început dezvoltarea medicinei private etc. În 1997, în tară a demarat reforma asistenței medicale primare (AMP) prin dezvoltarea medicinei de familie, s-a redus numărul de spitale şi de paturi, a fost definit un pachet de servicii medicale gratuite garantate de stat.

Începând cu 1 ianuarie 2004, în Republica Moldova au fost implementate asigurările obligatorii de asistenţă medicală. Multiplele încercări de perfecţionare a elementelor-cheie ale Politicii Naţionale în sănătate încă nu s-au soldat cu îmbunătăţiri calitative ale activității intersectoriale ce ține de menţinerea şi promovarea sănătății. Reorganizarea sistemului de sănătate continuă şi în prezent.

Reforma sistemului de sănătate a avut loc gradual. Unul dintre centrele-pilot a fost şi mun. Chișinău. Ca urmare, organizarea asistenței medicale primare în municipiu diferă de modelul existent la nivel național.

În lucrarea de față sunt elucidate particularitățile serviciului de asistență medicală primară în mun. Chișinău, comparativ cu cel organizat la nivel național.

O atenție deosebită este acordată evidențierii particularităților structural-organizatorice și de finanțare a serviciului de AMP din mun. Chișinău, analizei activității acestui serviciu în perioada de până și după implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, estimării procesului de muncă a echipei medicului de familie, a riscurilor profesionale.

Spre deosebire de alte monografii care vizează organizarea asistenței medicale, această lucrare prezintă analiza particularităților organizatorice ale AMP și celor de finanțare cu starea de sănătate a populației și activitatea medicilor de familie în promovarea sănătății.

Se propune o nouă abordare în evaluarea activității AMP, după criterii SMART elaborate prin una dintre metodele qualimetriei.

Lucrarea este dedicată tuturor celor implicați nemijlocit în prestarea serviciilor la nivelul AMP, conducătorilor instituțiilor medicale, rezidenților, studenților, precum și persoanelor care manifestă interes față de acest domeniu.

Monografia conține 33 de figuri, 13 tabele, bibliografie din 245 de titluri și 24 de anexe.

Организационные особенности первичной медицинской помощи в муниципии Кишинэу, в условиях внедрения обязательного медицинского страхования.

Константин Ецко, Галина Бута.

Кишинэу: PRIMEX COM, 2014. 280 стр.

Современная история здравоохранения Молдовы берет свое начало со времени окончания Второй Мировой Войны. До 1994 года в стране существовала система здравоохранения, разработанная Семашко и финансируемая государством. Последние 2 десятилетия характеризуются процессом постоянного реформирования, начавшимся в 1995 году одновременно с переговорами между Мировым Банком и Правительством Республики Молдова и касающимися улучшения деятельности системы здравоохранения.

На этом этапе были установлены новые принципы финансирования и организации первичной и вторичной медицинской помощи, началось развитие частной медицины. В 1997 году стартовала реформа в области первичной медицинской помощи, в стране получила развитие семейная медицина, уменьшилось количество больниц и коек, был определен пакет гарантированного бесплатного медицинского обслуживания населения.

Начиная с января 2004 года, в Республике Молдова было введено обязательное страховое медицинское обслуживание. Множественные попытки улучшить основополагающие элементы национальной политики в области здравоохранения все же не способствовали улучшению качества в области межсекторальной деятельности для поддержания и дальнейшего развития здравоохранения. Множественные реорганизационные мероприятия в этой области продолжаются и до настоящего времени.

Изменения в области здравоохранения были постепенными, благодаря системе пилотирования. Один из центров пилотирования располагался в мун. Кишинэу. Как следствие, организация первичной медицинской помощи в столице отличается от существующей модели на национальном уровне. В данной работе отражены особенности обслуживания ПМП (Первичной Медицинской Помощью) в городе Кишиневе и пригородах по сравнению с существующими на национальном уровне.

Особое внимание уделено освещению структурно-организационных особенностей и финансированию обслуживания ПМП в городе Кишинэу, анализу деятельности первичной медицинской помощи в период до и после введения обязательной страховой медицины, оценке рабочего процесса семейных врачей и профессиональным рискам.

В отличие от других монографий, которые освещают организацию медицинской помощи, данная работа представляет собой исследование специфики организации ПМП в г. Кишинэу, финансирование в область здоровья населения, а также отражает деятельность семейных врачей в поддержании здоровья населения.

Предлагается новый подход для оценки деятельности ПМП, по критериям SMART и дальнейшее развитие по одному из методов квалиметрии.

Работа посвящена широкому кругу специалистов, независимо от рода деятельности в системе ПМП, руководителям медицинских учреждений, резидентам, студентам, а также всем интересующимся данной темой.

Книга содержит 33 схем, 13 таблиц, библиографические данные, состоящие из 245 наименований и 24 приложения**.**

Peculiarities of primary health care organization in conditions of mandatory health insurance in Chisinau" /
Constantin Etco, Galina Buta.
Chisinau: PRIMEX COM, 2014. 280 p.

The modern history of the health system in Moldova started after the Second World War. Until 1994 the country had a Semashko type health system, financed entirely by the state. The last two decades are characterized by a continuous process of reformation that began in 1995 along with launching negotiations between the World Bank and the Government of the Republic of Moldova on improving health system performance. At this stage, new principles of financing and organization of primary and secondary health care were established, began the development of private medicine etc. In 1997 in the country started the Primary Health Care Reform, primary care (family medicine) started to develop, the number of hospitals and beds was reduced, a package of free medical services guaranteed by the state was defined. Starting with the 1st of January 2004 in the Republic of Moldova was implemented mandatory health insurance.

The many attempts to improve the key elements of the National Health Policy have not resulted yet in quality improvements of intersectoral activity in health protection and promotion. Reorganization of the Health System continues until today.

Health system reform took place gradually, being piloted. One pilot center was Chisinau. As a result, the organization of primary care in the city differs from the existing model nationwide.

In this paper are shown the peculiarities of PHC service in Chisinau compared to the one organized at national level.

Particular attention is given to highlighting the structural-organizational and financing peculiarities of PHC services in Chisinau, analyzing the activity of primary health care service

before and after implementation of obligatory health insurance, estimating the work process of the family doctor's team, professional risks.

Unlike other monographs covering healthcare organization, this book is a coordination of PHC organizational and financing peculiarities with population's health and family physicians' activity in health promotion.

It proposes a new approach to evaluating the PHC activity in accordance with SMART criteria developed with one of the qualimetry methods.

This paper is dedicated to all those directly involved in providing primary health care services, heads of health care institutions, residents, students, and people who have an interest in this area.

The book contains 33 figures, 13 tables, bibliography of 245 titles and 24 annexes.

ANEXE

ANEXA 1.

Mişcarea naturală a populaţiei din Republica Moldova şi din municipiul Chişinău, la 1000 populaţie

Modul de organizare şi finanţare a AMP	**Anii**	**Republica Moldova**			**municipiul Chişinău**		
		natalitatea, ‰	**mortalitatea, ‰**	**sporul natural**	**natalitatea, ‰**	**mortalitatea, ‰**	**sporul natural**
Sistem medical tip Semaşko (an de referinţă)	**1990**	**17,7**	**9,7**	**8**	**16,4**	**6,8**	**9,6**
Asistenţă medicală minimă garantatăde stat + servicii contra plată	1995	13	12,2	0,8	9,1	8,7	1,8
	1996	12	11,5	0,5	9,5	8,1	1,4
	1997	11,9	11,9	0	9,1	8,4	0,7
	1998	10,9	11,1	-0,2	8,8	8	0,8
	1999	10,1	11,4	-1,3	8,5	8,1	0,4
	2000	9,8	11,5	-1,7	8,6	8,2	0,4
	2001	10,2	11	-1	8,9	7,9	1
	2002	9,9	11,6	-1,7	8,9	8,3	0,6
	2003	10,1	11,9	-1,8	9,8	8,3	1,5
Media pe perioadă		***10,9±0,38***	***11,6±0,13***	***-0,7±034***	***9,0±0,13***	***8,2±0,08***	***1,0±0,17***
Implementarea medicinii de familie	1998	10,9	11,1	-0,2	8,8	8	0,8
	1999	10,1	11,4	-1,3	8,5	8,1	0,4
	2000	9,8	11,5	-1,7	8,6	8,2	0,4
	2001	10,2	11	-1	8,9	7,9	1
	2002	9,9	11,6	-1,7	8,9	8,3	0,6
	2003	10,1	11,9	-1,8	9,8	8,3	1,5

Media pe perioadă		***10,2±0,16***	***11,4±0,14***	***1,2±0,25***	***8,9±0,19***	***8,2±0,13***	***0,8±0,17***
Implementarea AOAM	2004	10,7	11,5	-0,8	9,8	8,3	1,5
	2005	10,5	12,4	-1,9	9,8	8,9	0,9
	2006	10,5	12	-1,5	11,1	8,3	2,8
	2007	10,6	12	-1,4	9,4	8,6	0,8
	2008	10,9	11,7	-0,8	9,8	8,4	1,4
	2009	11,4	11,8	-0,4	10	8,3	1,7
	2010	11,4	12,3	-0,9	10,1	8,1	2
Media pe perioadă		***10,9±0,15***	***11,9±0,12***	***1,1±0,19***	***10,0±0,20***	***8,4±0,09***	***1,6±0,26***

ANEXA 2.

Frecvenţa mortalităţii înregistrate în municipiul Chișinău după cauzele de deces, date medii 2004–2010, la 1000 populaţie

Clasa	Cod	Nosologie	Cazuri la 1000 populaţie				
			min.	max.	M	σ	m
I.	A00-B99	Maladii infecţioase şi parazitare	7,1	13,0	10,8	1,99	0,81
II.	C00-D48	Tumori	63,7	76,1	70,3	4,33	1,77
III.	D50-D89	Maladii sângelui, ale organelor hematopoietice	0,0	0,4	0,2	0,16	0,06
IV.	E00-E90	Maladii endocrine, de nutriţie şi metabolism	1,9	5,0	4,0	1,09	0,44
V.	F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	0,0	2,0	1,2	0,64	0,26
VI.	G00-G99	Maladii sistemului nervos	1,8	3,7	2,6	0,67	0,28
VII.	H00-H59	Maladii de ochi şi anexelor sale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
VIII.	H60-H95	Afecţiunile urechii	0,0	0,1	0,0	0,06	0,03
IX.	I00-I99	Maladii aparat. circulator	172,1	221,7	187,9	16,92	6,91
X.	J00-J99	Maladii aparat. respirator	12,2	15,8	13,8	1,37	0,56
XI.	K00-K93	Maladii aparat. digestiv	28,2	39,2	32,2	4,16	1,70
XII.	L00-L99	Maladii de pielii şi ţesutului adipos subcutanat	0,3	0,6	0,5	0,15	0,06
XIII.	M00-M99	Maladii sist. osteoarticular	0,3	1,0	0,7	0,31	0,13
XIV.	N00-N99	Maladii aparat. genito-urinar	3,5	4,9	4,0	0,62	0,25
XV.	O00-O99	Complicaţii de sarcină, naştere şi perioada de lăuzie	0,0	0,3	0,1	0,10	0,04

XVI.	P00-P96	Complicaţii ale perioadei perinatale	1,3	3,2	1,9	0,73	0,30
XVII.	Q00-Q99	Malformaţii congenitale şi boli cromozomiale	1,7	3,0	2,2	0,43	0,17
XVIII.	R00-R99	Simptome, semne şi rezultate de laborator anormale, care nu sunt în clasificator	4,0	8,1	6,5	1,30	0,53
XIX.	S00-T98	Leziuni traumatice	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XX.	V01-Y98	Cauze externe de deces	34,4	47,0	40,7	4,21	1,72
XXI.	Z00-Z99	Factori care influenţează starea de sănătate şi contactul cu serviciile medicale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XXII.	U00-U99	Coduri cu destinaţie specială	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
TOTAL:			352,9	434,6	379,6	26,63	10,87

ANEXA 3.

Structura mortalităţii înregistrate în municipiul Chișinău după cauzele de deces, date medii 2004–2010, %

Clasa	Cod	Nozologie	%				
			min	max	M	σ	m
I.	A00 - B99	Maladii infecţioase şi parazitare	2,0	3,2	2,8	0,39	0,16
II.	C00 - D48	Tumori	16,9	20,2	18,7	1,01	0,41
III.	D50 - D89	Maladii sângelui, ale organelor hematopoietice	0,0	0,1	0,1	0,04	0,02
IV.	E00-E90	Maladii endocrine, de nutriţie şi metabolism	0,5	1,4	1,1	0,30	0,12
V.	F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	0,0	0,6	0,3	0,19	0,08
VI.	G00 - G99	Maladii sistemului nervos	0,6	1,0	0,7	0,14	0,06
VII.	H00 - H59	Maladii de ochi şi anexelor sale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
VIII.	H60 - H95	Afecţiunile urechii	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01
IX.	I00-I99	Maladii aparat. circulator	48,8	51,5	50,0	1,11	0,45
X.	J00-J99	Maladii aparat. respirator	3,3	4,0	3,7	0,22	0,09
XI.	K00 - K93	Maladii aparat. digestiv	7,4	9,3	8,4	0,74	0,30
XII.	L00-L99	Maladii de pielii şi ţesutului adipos subcutanat	0,1	0,2	0,1	0,05	0,02
XIII.	M00 - M99	Maladii sist. osteoarticular	0,1	0,3	0,2	0,09	0,04
XIV.	N00 -	Maladii aparat. genito-urinar	0,7	1,4	1,0	0,22	0,09

	N99						
XV.	O00 - O99	Complicaţii de sarcină, naştere şi perioada de lăuzie	0,0	0,1	0,0	0,03	0,01
XVI.	P00-P96	Complicaţii ale perioadei perinatale	0,3	0,6	0,4	0,14	0,06
XVII.	Q00 - Q99	Malformaţii congenitale şi boli cromozomiale	0,4	0,8	0,6	0,14	0,06
XVIII.	R00 - R99	Simptome, semne şi rezultate de laborator anormale, care nu sunt în clasificator	1,0	2,1	1,7	0,39	0,16
XIX.	S00-T98	Leziuni traumatice	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XX.	V01 - Y98	Cauze externe de deces	9,0	11,6	10,4	1,04	0,43
XXI.	Z00-Z99	Factori care influenţează starea de sănătate şi contactul cu serviciile medicale	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
XXII.	U00 - U99	Coduri cu destinaţie specială	0,0	0,0	0,0	0,00	0,00
TOTAL:			100,0	100,0	100,0	0,00	0,00

ANEXA 4.

Analiza comparativă a prevalenţei morbidităţii generale a populaţiei din Republica Moldova şi din municipiul Chișinău, date medii, 2004–2010, $^{0}/_{00}$

Clasa	Maladiile	Republica Moldova				municipiul Chișinău				t	p
		min.	max.	M	±m	min.	max.	M	±m		
PREVALENŢA GLOBALĂ											
A00-T98	**Total**	**6545,5**	**6850,1**	**6691,6**	**120,70**	**7797,6**	**9108,8**	**8266,4**	**498,81**	4,85	0,001
A00-B99	Maladii infecţioase şi parazitare	368,6	464,8	400,8	38,32	442,3	535,3	469,8	38,15	3,88	0,003
C00-D48	Tumori	205,9	222,9	212,0	6,95	317,4	429,4	372,1	47,51	4,49	0,001
D50-D89	Maladii ale sângelui şi ale organelor hematopoietice	130,2	140,2	137,0	4,08	109,3	136,3	125,2	10,65	2,28	0,046
E00-E90	Maladii endocrine, dereglări de nutriţie şi metabolism	234,9	296,2	271,9	23,40	244	323	288,9	31,01	2,49	0,032
F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	444	484,8	461,6	19,21	410,4	626,6	522,4	96,56	1,53	0,157
G00-G99	Maladii sistemului nervos	151,3	188	163,6	14,98	102,4	124,2	115,3	8,21	4,08	0,002
H00-H59	Maladii ochiului şi anexelor sale	225,4	270,2	243,7	17,69	315,2	378,7	354,0	23,64	4,73	0,001

H60-H95	Maladii ale urechii externe şi apofizei mastoide	92,5	124,1	108,6	13,90	120,5	136,7	126,7	7,11	3,40	0,007
I00-I99	Maladii aparatului circulator	779,5	1161,1	989,9	150,50	633,3	10773,8	2868,7	4422,82	0,89	0,396
J00-J99	Maladii ale aparatului respirator	1113,1	1318,3	1218,9	76,19	1500	1671,7	1574,0	78,81	6,09	0,000
K15-K93	Maladii ale aparatului digestiv	766,4	822,8	797,3	22,59	784,5	873,1	814,5	34,77	0,68	0,514
L00-L99	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	243,3	341,4	284,2	38,16	405,5	489,1	443,9	32,28	4,88	0,001
M00-M99	Maladii sistemului osteo-articular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv	298,7	329,5	309,0	12,75	244,2	350,9	288,4	44,19	0,88	0,401
N00-N99	Maladii ale aparatului genito-urinar	465,5	510,1	485,7	18,21	528	613,1	580,0	32,26	3,68	0,004
P00-P96	Afecţiuni de origine perinatală	15,8	21,1	19,1	2,02	18,1	20,9	19,3	1,05	0,18	0,861
Q00-Q99	Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale	34,2	37,2	35,9	1,24	44,9	57,2	50,0	5,21	3,78	0,004
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor externe	385,5	459,2	425,7	30,92	929,4	1297,7	1022,3	155,09	4,92	0,001

PREVALENŢA MORBIDITĂŢII GENERALE ÎN POPULAŢIA ADULTĂ											
A00-T98	**Total**	**6293,9**	**6784,9**	**6519,4**	**182,76**	**6915,5**	**8376,5**	**7498,2**	**563,51**	**7,86**	**0,000**
A00-B99	Bolile infecţioase şi parazitare	270	330,1	289,4	25,78	390,4	460,1	417,2	28,71	8,63	0,000
C00-D48	Tumori	263,5	283,7	272,2	8,54	407,7	517	463,6	41,39	8,52	0,000
D50-D89	Bolile sângelui şi ale organelor hematopoetice	57,8	62,9	60,2	2,17	55,9	69,9	63,3	5,62	8,62	0,000
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriţie şi metabolism	255,4	340,3	304,8	32,24	223,4	360,8	298,8	60,74	5,62	0,000
F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	496,3	548,1	519,1	23,99	439,3	687,2	563,9	110,63	5,75	0,000
G00-G99	Bolile sistemului nervos	124,1	157,2	134,2	13,48	54,8	71,6	59,6	6,97	7,13	0,000
H00-H59	Bolile ochiului şi anexelor sale	215,8	251,4	230,4	13,90	254,4	380,8	332,7	49,14	4,58	0,002
H60-H95	Bolile urechii externe şi apofizei mastoide	76,7	102,1	88,8	10,86	91,6	101,8	94,2	4,33	14,69	0,000
I00-I99	Bolile aparatului circulator	1002,6	1472	1261,1	187,42	777,1	1370,4	1129,8	236,56	5,29	0,001
J00-J99	Bolile aparatului respirator	721,3	878,7	794,5	64,06	870,3	1023,6	963,1	63,73	4,52	0,002

K15-K93	Bolile aparatului digestiv	816,3	903,1	852,1	33,76	580,9	754,8	704,7	70,86	9,26	0,000
L00-L99	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	198,4	269	224,9	28,36	298,5	360,3	337,8	24,02	2,37	0,045
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv	352,5	403,4	370,2	20,05	261,5	382,1	310,8	50,91	4,92	0,001
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	516,9	566,9	534,8	19,73	529,3	649,8	596,6	44,57	8,14	0,000
P00-P96	Afecţiuni dea căror origine se situează în perioada perinatală										0,000
Q00-Q99	Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale	11,9	13,4	12,6	0,64	12,4	17,1	14,7	1,77	6,21	0,000
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor externe	361,4	430,4	398,5	28,84	789,6	1060	865,8	111,63	1,72	0,000

PREVALENŢA MORBIDITĂŢII GENERALE ÎN POPULAŢIA PEDIATRICĂ											
A00-T98	**Total**	**6931,7**	**7519,2**	**7255,5**	**243,42**	**10697,8**	**12433,4**	**11538,4**	**627,79**	6,30	0,000
A00-B99	Bolile infecţioase şi parazitare	704	930,6	761,8	96,47	643,2	876,7	695,8	101,55	5,62	0,000
C00-D48	Tumori	10,7	19	13,5	3,32	22,1	62,9	33,9	16,60	2,65	0,029
D50-D89	Bolile sângelui şi ale organelor hematopoietice	253	411	370,8	66,26	351,6	415,6	389,3	29,35	0,65	0,535
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriţie şi metabolism	143,4	172,6	162,4	11,87	25,8	180,3	112,8	72,67	1,26	0,243
F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	256,3	285,7	271,7	11,11	290,1	408,5	345,7	42,99	2,79	0,024
G00-G99	Bolile sistemului nervos	231,4	283,4	260,1	20,27	299,4	381,1	352,5	32,40	3,98	0,004
H00-H59	Bolile ochiului şi anexelor sale	257,2	328,3	287,3	29,14	300,9	417,1	358,9	45,16	3,09	0,015
H60-H95	Bolile urechii externe şi apofizei mastoide	147,3	199,5	173,8	22,13	243,9	289,6	265,2	17,89	6,78	0,000
I00-I99	Bolile aparatului circulator	83,9	100,9	90,9	7,19	57,3	68,7	63,0	4,55	4,47	0,002
J00-	Bolile aparatului	2468,3	2788,7	2620,4	140,83	3818,4	4384,9	4183,0	223,65	5,86	0,000

J99	respirator										
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	544,9	617,1	591,5	28,65	1041,9	1111,5	1071,1	30,46	5,64	0,000
L00-L99	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	398,6	565,7	479,1	63,64	839,7	1031,1	895,0	80,25	7,18	0,000
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv	100,4	115,4	107,1	6,54	174,9	209,3	191,8	13,18	6,49	0,000
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	265,2	325,7	302,1	25,02	446,3	577,8	506,7	51,72	6,25	0,000
P00-P96	Afecțiuni de origine perinatală	70,6	86,6	82,2	6,69	94,3	110,9	101,8	6,33	3,41	0,009
Q00-Q99	Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale	103,4	119,3	112,2	5,88	178,7	224,3	200,5	20,15	5,31	0,001
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor externe	465	602,6	516,6	52,09	1285,9	2377,2	1657,9	417,94	4,34	0,002

ANEXA 5.

Analiza comparativă a incidenţei morbidităţii generale a populaţiei din Republica Moldova şi din municipiul Chișinău, date medii, 2004–2010, $^{0}/_{00}$

Clasa	Maladiile	Republica Moldova				municipiul Chișinău			t		p
		min.	max.	M	±m	min.	max.	M	±m		
INCIEDENŢA GLOBALĂ											
A00-T98	Total	3232,8	3667,4	3420,7	202,17	4476,7	5068,1	4677,6	254,85	4,92	0,001
A00-B99	Bolile infecţioase şi parazitare	292,6	382,3	318,1	37,32	336,6	451,7	378,3	43,49	4,29	0,003
C00-D48	Tumori	37,1	41,8	39,5	1,82	47,5	59,9	50,8	5,17	4,10	0,003
D50-D89	Bolile sângelui şi ale organelor hematopoietice	65,8	72,1	68,0	2,69	41,1	55,9	46,6	5,78	6,14	0,000
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriţie şi metabolism	51,1	58,8	54,9	3,28	49,8	56,8	53,0	2,78	1,23	0,254
F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	62,9	68,6	65,9	2,40	65,7	87,1	76,5	9,90	1,98	0,083
G00-G99	Bolile sistemului nervos	57,8	86,0	68,5	10,85	46,3	65,0	57,1	7,75	2,08	0,071

H00-H59	Bolile ochiului şi anexelor sale	89,5	128,5	105,3	15,84	106,7	163,6	138,0	22,54	3,98	0,004
H60-H95	Bolile urechii externe şi apofizei mastoide	68,1	96,6	81,6	12,28	101,7	118,5	108,0	7,09	5,49	0,001
I00-I99	Bolile aparatului circulator	169,2	242,9	201,2	28,25	109,4	173,1	137,9	23,29	5,30	0,001
J00-J99	Bolile aparatului respirator	885,5	1103,5	1012,4	81,84	1277,0	1450,3	1341,2	82,68	6,79	0,000
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	184,6	221,1	198,6	13,64	136,8	201,2	174,9	24,50	1,88	0,097
L00-L99	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	216,1	278,6	246,8	25,86	378,4	418,5	398,3	16,91	4,87	0,001
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv	147,7	182,7	164,0	12,47	160,1	209,3	184,9	20,24	1,34	0,217
N00-N99	Bolile aparatului genito-urinar	195,1	238,6	216,9	20,24	254,9	2251,0	669,8	884,05	1,06	0,318
P00-P96	Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	14,1	17,8	16,5	1,49	18,1	20,5	19,2	0,90	3,20	0,013
Q00-Q99	Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale	9,7	12,7	11,1	1,34	17,6	29,7	23,2	5,55	4,18	0,003

S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor externe	381,1	454,2	420,5	31,06	927,0	1296,1	1020,3	155,33	5,48	0,001
INCIDENŢA MORBIDITĂŢII GENERALE ÎN POPULAŢIA ADULTĂ											
A00-T98	**Total**	**2635,6**	**3043,8**	**2811,9**	**197,18**	**3484,4**	**4025,6**	**3697,2**	**212,68**	1,70	0,127
A00-B99	Bolile infecţioase şi parazitare	174,5	233,5	196,0	22,70	278,0	362,7	314,6	30,87	0,33	0,753
C00-D48	Tumori	47,1	51,9	49,7	1,99	57,0	66,2	59,5	3,80	7,38	0,000
D50-D89	Bolile sângelui şi ale organelor hematopoietice	23,3	30,6	26,8	2,60	14,9	23,4	18,2	3,41	12,50	0,000
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriţie şi metabolism	49,6	52,7	50,5	1,30	8,8	52,1	40,3	17,92	1,51	0,169
F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	59,7	65,6	63,0	2,23	61,3	80,3	69,9	7,87	1,08	0,313
G00-G99	Bolile sistemului nervos	50,3	71,7	56,0	9,08	22,8	33,0	26,5	4,24	4,79	0,001
H00-H59	Bolile ochiului şi anexelor sale	77,6	114,4	93,3	15,22	97,2	152,9	127,8	21,52	3,02	0,017
H60-	Bolile urechii externe şi	52,2	75,4	62,3	9,59	72,4	84,0	75,4	4,95	1,44	0,187

H95	apofizei mastoide										
I00-I99	Bolile aparatului circulator	210,4	306,7	252,5	36,21	132,4	208,8	165,1	28,12	3,82	0,005
J00-J99	Bolile aparatului respirator	504,4	660,9	592,3	64,58	654,2	828,6	752,2	71,95	4,80	0,001
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	168,2	205,0	180,2	14,39	89,5	161,3	131,9	26,54	3,95	0,004
L00-L99	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	170,8	207,8	187,9	15,85	276,3	328,1	304,3	23,39	2,22	0,057
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv	173,7	220,2	194,0	16,73	164,3	219,2	192,6	23,64	1,63	0,141
N00-N99	Bolile aparatului genito−urinar	222,9	271,6	247,7	22,34	273,7	327,4	297,6	23,24	3,57	0,007
P00-P96	Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	0,0	0,0			0,0	0,0				
Q00-Q99	Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale	2,6	3,2	2,9	0,28	5,8	8,0	6,9	1,00	5,69	0,000
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor	356,8	426,0	392,9	29,01	786,7	1058,0	863,4	111,88	5,81	0,000

	externe										
INCIDENŢA MORBIDITĂŢII GENERALE ÎN POPULAŢIA PEDIATRICĂ											
A00-T98	**Total**	**5165,9**	**5692,5**	**5480,6**	**238,43**	**8227,9**	**9801,8**	**8869,8**	**609,19**	5,98	0,000
A00-B99	Bolile infecţioase şi parazitare	641,0	897,3	722,8	101,92	571,6	855,8	661,0	115,87	4,77	0,001
C00-D48	Tumori	3,7	9,3	6,0	2,17	7,8	33,4	13,6	11,10	1,63	0,141
D50-D89	Bolile sângelui şi ale organelor hematopoietice	188,4	212,8	204,2	10,09	159,1	191,6	168,1	13,50	3,70	0,006
E00-E90	Boli endocrine, dereglări de nutriţie şi metabolism	56,0	81,8	69,0	10,98	69,2	78,6	73,1	4,17	0,76	0,471
F00-F99	Tulburări mentale şi de comportament	69,5	84,2	75,0	5,47	83,7	138,2	105,1	22,59	2,31	0,049
G00-G99	Bolile sistemului nervos	83,7	130,5	109,4	17,73	147,4	211,2	187,3	25,11	4,19	0,003
H00-H59	Bolile ochiului şi anexelor sale	128,6	172,3	145,1	17,00	147,8	210,8	181,3	29,03	3,29	0,011
H60-H95	Bolile urechii externe şi apofizei mastoide	122,8	167,6	145,0	19,52	227,5	265,3	247,1	14,58	9,04	0,000
I00-	Bolile aparatului	26,7	37,1	32,0	4,94	17,1	24,9	21,6	3,51	3,38	0,010

I99	circulator										
J00-J99	Bolile aparatului respirator	2203,6	2599,4	2399,7	164,88	3575,8	4095,9	3856,7	217,91	8,87	0,000
K15-K93	Bolile aparatului digestiv	241,4	273,5	259,4	11,52	326,1	410,2	358,9	32,19	3,80	0,005
L00-L99	Bolile pielii şi ţesutului celular subcutanat	372,7	498,0	440,2	51,82	771,2	814,9	799,0	19,01	6,58	0,000
M00-M99	Bolile sistemului osteoarticular, ale muşchilor şi ţesutului conjunctiv	57,6	69,7	65,1	4,88	144,8	164,6	152,4	7,97	7,34	0,000
N00-N99	Bolile aparatului genito−urinar	97,3	137,8	115,6	18,08	114,6	179,9	150,2	27,86	4,17	0,003
P00-P96	Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală	71,9	629,0	184,2	248,64	94,3	108,8	101,4	5,62	0,71	0,499
Q00-Q99	Malformaţii congenitale, deformaţii şi anomalii cromozomiale	32,6	43,8	38,0	5,04	65,2	120,0	92,5	24,88	4,06	0,004
S00-T98	Leziuni traumatice, otrăviri şi alte consecinţe ale cauzelor externe	461,2	598,3	512,2	52,02	1484,6	2376,8	1697,2	381,56	4,79	0,001

ANEXA 6.

Structura comparativă a morbidităţii generale a populaţiei mun. Chișinău în raport cu AMT

CLASA DE MALADII		MEDIA	BOTANICA	BUIUCANI	RÂŞCANI	CENTRU	CIOCANA
I.	Boli infecţioase şi parazitare (***cod A_{00} -A_{99}; B_{00} -B_{99}***)	3,8±0,10	6,4±0,25	1,4±0,13	5,3±0,24	1,9±0,19	2,8±0,20
II.	Tumori (***cod C_{00} - C_{97}; D_{00} - D_{48}***)	0,01±0,00	0,01±0,01	0,03±0,02	00,0±0,00□□□□	0,01±0,01	0,0±0,00
III.	Bolile sângelui, ale organelor hematopoie-tice (***cod D_{50} – D_{89}***)	0,6±0,04	0,3±0,06	0,4±0,07	0,4±0,07	1,0±0,14	1,1±0,13
IV.	Bolile endocrine, de nutriţie şi metabolism (***codE_{00} – E_{90}***)	2,8±0,08	2,5±0,16	1,6±0,13	3,3±0,19	4,8±0,30	2,3±0,18
V.	Tulburări mentale şi de comportament (***codF_{00} – F_{99}***)	2,8±0,08	2,5±0,16	3,7±0,20	1,5±0,13	3,2±0,20	3,9±0,23
VI.	Bolile sistemului nervos (***codG_{00} – G_{99}***)	1,2±0,05	0,2±0,04	0,2±0,4	0,4±0,07	2,2±0,20*	4,4±0,25
VII.	Bolile de ochi şi anexele sale (***codH_{00} – H_{59}***)	15,1±0,19	16,1±0,40	14,02±0,39	12,6±0,37	14,7±0,52	19,5±0,52
VIII.	Afecţiunile urechii (***codH_{60} – H_{95}***)	0,6±0,04	0,6±0,08	0,7±0,09	0,6±0,08	0,5±0,09	0,5±0,09
IX.	Bolile aparat. circulator (***cod I_{00} – I_{99}***)	1,4±0,06	1,9±0,14	1,2±0,12	0,9±0,10	1,8±0,18	1,4±0,14
X.	Bolile aparat. respirator (***codJ_{00} – J_{99}***)	31,5±0,28	33,1±0,57	31,1±0,58	31,6±0,59	30,3±0,74	30,9±0,65
XI.	Bolile aparat. digestiv (***codK_{00} –K_{93}***)	11,8±0,17	10,5±0,32	11,6±0,36	11,6±0,36	14,4±0,51	11,5±0,40

XII.	Bolile de piele (***cod L_{00} – L_{99}***)	0,2±0,02	0,2±0,04	0,3±0,05	0,2±0,05	0,1±0,05	0,4±0,07
XIII.	Bolile sist. osteoarticular (***codM_{00} – M_{99}***)	9,2±0,15	5,7±0,24	12,2±0,37	13,4±0,39	8,1±0,39	4,2±0,24
XIV.	Bolile aparat. urogenital (***codN_{00} -- N_{99}***)	8,9±0,15	7,8±0,28	10,8±0,35	7,9±0,30	10,2±0,43	8,6±0,35
XVI.	Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală ***(cod P_{00} – P_{96})***	3,2±0,09	4,8±0,22	3,5±0,20	3,1±0,19	1,8±0,18	2,1±0,17
XIX.	Leziuni traumatice ***(cod S_{00} – S_{99}; T_{00} – T_{98})***	6,8±0,13	7,3±0,27	7,3±0,29	7,3±0,29	5,0±0,30	6,5±0,30
NIVELUL GENERAL		100,0±0,47	100,0±0,00	100,0±0,00	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0

ANEXA 7.

Structura morbidităţii în funcţie de sectoarele municipiului Chișinău, evaluată după rezultatele examenelor medicale de bilanţ, indici demonstrativi

Clasa de maladii		Nivelul mediu	Botanica	Buiucani	Râşcani	Centru	Ciocana
I.	Boli infecţioase şi parazitare (***cod A_{00} -A_{99}; B_{00} - B_{99}***)	100	139,74	31,82	145,97	53,68	55,67
II.	Tumori (***cod C_{00} - C_{97}; D_{00} - D_{48}***)	100	111,50	270,41	0,00	68,60	0,00
III.	Bolile sângelui, ale organelor hematopoie-tice (***cod D_{50} – D_{89}***)	100	53,60	70,12	91,42	221,35	169,37
IV.	Bolile endocrine, de nutriţie şi metabolism (***codE_{00} – E_{90}***)	100	92,55	60,60	151,18	221,60	77,19
V.	Tulburări mentale şi de comportament (***codF_{00} – F_{99}***)	100	108,10	165,01	76,86	173,85	154,01
VI.	Bolile sistemului nervos (***codG_{00} – G_{99}***)	100	18,02	15,33	44,33	237,19	360,18
VII.	Bolile de ochi şi anexele sale (***codH_{00} – H_{59}***)	100	114,04	102,76	111,81	131,63	125,04
VIII.	Afecţiunile urechii (***codH_{60} – H_{95}***)	100	106,42	123,57	122,87	96,07	77,72
IX.	Bolile aparat. circulator (***cod I_{00} – I_{99}***)	100	130,89	88,66	83,91	163,31	88,07
X.	Bolile aparatului respirator (***codJ_{00} – J_{99}***)	100	106,44	103,66	127,80	123,32	90,27
XI.	Bolile aparatului digestiv (***codK_{00}–***	100	90,22	102,69	124,65	155,87	89,63

	K_{93})						
XII.	Bolile de piele (***cod L_{00} – L_{99}***)	100	84,50	117,07	110,88	63,32	138,25
XIII.	Bolile sistemului osteoarticular (***codM_{00} – M_{99}***)	100	61,17	135,15	178,70	109,41	40,64
XIV.	Bolile aparatului urogenital (***codN_{00} - N_{99}***)	100	87,75	126,05	111014	144,75	87,83
XVI.	Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală (***cod P_{00} – P_{96}***)	100	152,43	115,39	121,77	71,35	58,95
XIX.	Leziuni traumatice (***cod S_{00}–S_{99}; T_{00} –T_{98}***)	100	109,20	114,14	137,18	94,79	88,20
Nivelul mediu		**100**	**101,47**	**105,19**	**125,50**	**121,85**	**72,34**

ANEXA 8.

Numărul persoanelor din municipiul Chișinău asigurate în cadrul AOAM

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**M**	**±m**
AMT Botanica	138164	130428	128802	133932	137859	133779	134377	133827	3791,67
AMT Buiucani	90054	85787	85638	85237	79562	77207	75583,1	83914,2	4687,3
AMT Centru	83686	85857	86967	93623	85263	82739	86369,7	86355,8	3868,79
AMT Ciocana	97416	90632	90386	91101	97980	95080	94873,7	93765,8	3497,3
AMT Râșcani	116252	106255	109005	109484	96493	93637	90999,5	105188	8551,07
Total mediul urban	**525572**	**498959**	**500798**	**513377**	**497157**	**482442**	**482203**	**503051**	**14799,4**
CS Băcioi	8002	7727	7757	8499	8474	8223	8522,47	8113,7	340,43
CS Sângera	10248	9620	9597	9389	9361	9084	8869,33	9549,8	393,22
CS Durleşti	14174	13313	13365	12547	12954	12571	12163	13154	609,68
CS Ghidighici	4052	3805	3862	4128	4082	3961	4045,87	3981,7	128,36
CS Vatra	2720	2550	2550	2671	2629	2551	2563,13	2611,8	73,27
CS Truşeni	6187	6149	6155	6637	6602	6407	6650,27	6356,2	225,34
CS Bubuieci	6244	6061	6178	5747	5708	5539	5411,33	5912,8	286,76

CS Budeşti	3724	3466	3525	4047	4032	3913	4101	3784,5	252,63
CS Coloniţa	2659	2535	2512	2671	2650	2572	2606,73	2599,8	68,96
CS Vadul-lui-Vodă	4042	3914	4035	3723	3608	3501	3410,33	3803,8	227,55
CS Ciorescu	4065	4856	4823	5747	5545	5381	6026,6	5069,5	616,04
CS Cricova	5958	5737	5538	8013	8051	7813	8720,87	6851,7	1222,96
CS Grătieşti	5200	4800	4687	5099	5059	4910	4933,07	4959,2	194,6
CS Stăuceni	5250	5253	5331	5909	6026	5848	6191,53	5602,8	361,58
Total mediul rural	**5250**	**79786**	**79915**	**84827**	**84781**	**82274**	**84215,5**	**69472,2**	**31540,2**

ANEXA 9.

Gradul de acoperire cu AOAM a populaţiei din municipiul Chișinău

	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**M**	**±m**
AMT Botanica	82,7	75,0	75,0	93,0	82,6	82,6	85,8	81,8	6,63
AMT Buiucani	82,7	75,0	75,0	93,0	73,1	82,6	81,4	80,2	7,49
AMT Centru	82,7	75,3	75,0	93,0	84,3	82,6	86,6	82,1	6,65
AMT Ciocana	82,7	75,0	75,0	93,0	83,2	82,6	86,1	81,9	6,65
AMT Râşcani	82,7	75,0	75,0	93,0	68,7	82,6	79,4	79,5	8,49
Total mediul urban	**82,7**	**75,0**	**75,0**	**93,0**	**78,3**	**82,6**	**83,8**	**81,1**	**6,76**
CS Băcioi	82,7	75,0	75,0	80,9	87,6	79,4	82,8	80,1	4,83
CS Sângera	82,7	75,0	75,0	80,9	75,6	79,4	77,2	78,1	3,37
CS Durleşti	82,7	75,0	75,0	80,9	75,6	79,4	77,2	78,1	3,37
CS Ghidighici	82,7	75,0	75,0	80,9	83,3	79,4	80,8	79,4	3,68
CS Vatra	82,7	75,0	75,0	80,9	80,0	79,4	79,3	78,8	3,18
CS Truşeni	82,7	75,0	75,0	80,9	88,3	79,4	83,1	80,2	5,04

CS Bubuieci	82,7	75,0	75,0	80,9	75,6	79,4	77,2	78,1	3,36
CS Budeşti	82,7	75,0	75,0	80,9	89,6	79,4	83,8	80,4	5,46
CS Coloniţa	82,7	75,0	75,0	80,9	82,5	79,4	80,4	79,3	3,51
CS Vadul-lui-Vodă	82,7	75,0	75,0	80,9	73,9	79,4	76,4	77,8	3,69
CS Ciorescu	82,7	75,0	75,0	80,9	112,9	79,4	94,6	84,3	14,33
CS Cricova	82,7	75,0	75,0	80,9	111,8	79,4	94,1	84,1	13,91
CS Grătieşti	82,7	75,0	75,0	80,9	80,5	79,4	79,5	78,9	3,23
CS Stăuceni	82,7	75,0	75,0	80,9	95,0	79,4	86,3	81,3	7,37
Total mediul rural	**82,7**	**75,0**	**75,0**	**80,9**	**85,0**	**79,4**	**81,6**	**79,7**	**4,08**

ANEXA 10.

Evaluarea comparativă a activităţii AMT în cadrul Programului Naţional de Combatere a Tuberculozei, până şi după implementarea AOAM

Denumire a IMSP	*Implementarea medicinei de familie 1998–2003*		*Implementarea AOAM 2004–2010*		*t*	*p*
	M	**±m**	**M**	**±m**		
Incidenţa prin tuberculoză, la 100 000 populaţie						
AMT Botanica	76,9	10,55	83,4	11,73	1,35	0,226
AMT Buiucani	74,4	9,83	93,2	15,85	2,07	0,084
AMT Centru	61,4	10,31	77,1	11,5	1,95	0,099
AMT Ciocana	103	22,72	95,4	21,59	0,73	0,494
AMT Râşcani	73,7	14,79	78,5	16,06	0,27	0,796
media pe municipiul Chişinău	**76,5**	**9,27**	**102,3**	**15,02**	**2,74**	**0,034**
Prevalenţa prin tuberculoză, la 100 000 populaţie						
AMT Botanica	181,9	109,77	140,6	18,42	0,59	0,579
AMT Buiucani	187,2	130,09	126,8	5,58	0,71	0,506
AMT Centru	164,7	90,7	125,1	15,24	0,7	0,508
AMT Ciocana	252,5	167,66	145,3	47,52	1,02	0,348
AMT Râşcani	201,9	117,11	113,4	31,81	1,14	0,3
media pe municipiul Chişinău	**194,5**	**122**	**155,1**	**22,57**	**0,53**	**0,613**

Ponderea cazurilor de tuberculoză pulmonară, depistate în grad avansat						
AMT Botanica	38,5	6,76	26,3	11,95	1,84	0,116
AMT Buiucani	30,6	1,67	11,9	8,78	3,95	0,008
AMT Centru	35,5	5,24	18,1	5,15	3,83	0,009
AMT Ciocana	38,3	1,22	17,2	18,69	2,26	0,065
AMT Râșcani	34,9	4,50	26,5	14,28	1,20	0,275
media pe municipiul Chișinău	**34,9**	**3,09**	**40,9**	**3,03**	**2,62**	**0,040**

ANEXA 11.

Evaluarea comparativă a activităţii AMT la compartimentul „supravegherea femeii gravide", până şi după implementarea AOAM

Denumirea IMSP	**Implementarea medicinii de familie** *1998–2003*		**Implementarea AOAM** *2004–2010*		**t**	**p**
	M	**±m**	**M**	**±m**		
Indicii precocităţii la femeile gravide, aflate sub supravegherea medicului de familie ,%						
AMT Botanica	84,9	1,50	77,4	4,14	3,52	0,012
AMT Buiucani	79,4	1,10	79,0	1,13	0,44	0,673
AMT Centru	91,1	1,14	82,8	2,19	7,03	0,000
AMT Ciocana	73,6	1,50	76,2	3,52	1,45	0,197
AMT Râşcani	82,0	1,78	76,8	2,82	3,19	0,019
media pe municipiul Chişinău	**82,1**	**0,55**	**78,8**	**1,99**	**3,26**	**0,017**
Cota naşterilor premature înregistrate, %						
AMT Botanica	3,3	0,75	2,3	0,36	1,80	0,122
AMT Buiucani	3,2	0,80	2,4	0,35	1,38	0,217
AMT Centru	2,3	0,95	1,7	0,17	0,83	0,437
AMT Ciocana	2,7	0,20	1,8	0,27	5,25	0,002
AMT Râşcani	1,8	0,56	1,9	0,09	0,39	0,707
media pe municipiul Chişinău	**2,7**	**0,35**	**2,2**	**0,15**	**1,83**	**0,118**

ANEXA 12.

Evaluarea comparativă a activităţii AMT la compartimentul „profilaxia specifică a maladiilor transmisibile”

Denumirea IMSP	Implementarea medicinii de familie *1998–2003*		Implementarea AOAM *2004–2010*		t	p
	M	**±m**	**M**	**±m**		
Acoperirea vaccinală a populaţiei împotriva hepatitei virale B; %						
AMT Botanica	98,6	0,60	97,6	1,80	0,96	0,376
AMT Buiucani	97,9	0,12	98,3	0,90	1,51	0,181
AMT Centru	98,3	0,64	96,3	1,65	2,12	0,078
AMT Ciocana	98,4	0,82	98,1	0,90	0,10	0,924
AMT Râşcani	98,2	0,40	97,2	1,86	0,63	0,551
media pe mun. Chişinău	**98,4**	**0,30**	**97,6**	**1,27**	**0,88**	**0,411**
Acoperirea vaccinală a populaţiei împotriva tuberculozei; %						
AMT Botanica	99,5	0,44	99,4	0,37	0,10	0,923
AMT Buiucani	98,7	0,58	99,6	0,11	1,96	0,097
AMT Centru	99,5	0,21	99,4	0,42	0,04	0,966
AMT Ciocana	99,8	0,10	99,3	0,74	1,19	0,278
AMT Râşcani	99,7	0,21	99,7	0,33	0,08	0,940
media pemun. Chişinău	**98,9**	**0,85**	**99,4**	**0,30**	**0,97**	**0,371**

Acoperirea vaccinală a populaţiei împotriva difteriei; %						
AMT Botanica	95,1	0,56	92,4	3,76	1,20	0,274
AMT Buiucani	96,5	0,87	95,8	1,65	0,26	0,804
AMT Centru	95,7	1,15	91,6	2,09	3,21	0,018
AMT Ciocana	97,2	1,20	96,3	2,39	0,01	0,990
AMT Râşcani	97,3	0,70	95,6	2,07	1,95	0,100
media pe mun.Chişinău	**95,8**	**0,60**	**94,6**	**1,74**	**1,08**	**0,321**
Acoperirea vaccinală a populaţiei împotriva tusei convulsive; %						
AMT Botanica	94,7	0,23	93,3	2,53	1,35	0,225
AMT Buiucani	95,7	0,70	95,4	1,78	0,82	0,446
AMT Centru	95,1	1,63	90,7	2,35	2,90	0,028
AMT Ciocana	94,8	1,55	96,0	2,35	0,95	0,377
AMT Râşcani	96,9	0,23	95,1	2,34	1,54	0,176
media pe mun.Chişinău	**95,7**	**0,36**	**93,7**	**1,85**	**2,34**	**0,058**

ANEXA 13.

Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de sex, %

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viaţă	Total		Sexul			
			Masculin		Feminin	
	n	%	n	%	n	%
Sfaturi	289	48,3	34	42,0*	255	49,3*
Radio	122	20,4	11	13,6	111	21,5
TV	117	19,6	10	12,3	107	20,7
Publicaţii	193	32,3	24	29,6	169	32,7
Lecţii	379	63,4	39	48,1*	340	65,8*
Selecţii şcoală	269	45,1	28	34,6*	241	46,7*
Consultare	553	93,3	483	94,3*	70	86,4*
Total	598		81		517	
NOTĂ: *– semnificaţia diferenţelor $p<0.05$						

ANEXA 134.

Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de grupele de vârstă, %

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viaţă	Total		Grupele de vârstă, ani									
			până la 30		31-40		41 - 50		5060		peste 60	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Sfaturi	289	48,3	17	57,1	90	50,3	101	42,6	52	49,1	10	76,9
Radio	122	20,4	10	27,0	40	22,3	46	19,4	18	17,0	1	7,7
TV	117	19,6	22	15,9	46	25,7	44	18,6	16	15,1	1	7,7
Publicaţii	193	32,3	35	34,9	58	32,4	80	33,8	31	29,2	2	15,4
Lecţii	379	63,4	29	55,6	121	67,6	158	66,7	61	57,5	4	30,8
Selecţii şcoală	269	45,1	167	46,0	84	47,2	115	48,5	39	36,8	2	15,4
Consultare	553	93,3	63	93,3	218	94,0	102	96,2	12	92,3	54	85,7

ANEXA 145.

Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de specialitate, %

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viaţă	Total		Specialitatea					
			Manageri		Medici de familie		Medici-specialişti	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sfaturi	289	48,3	13	32,5	201	53,6	75	41,0
Radio	122	20,4	14	35,0	75	20,0	33	18,0
TV	117	19,6	7	17,5	72	19,2	38	20,8
Publicaţii	193	32,3	16	40,0	106	28,3	71	38,8
Lecţii	379	63,4	25	62,5	281	74,9	73	39,9
Selecţii şcoală	269	45,1	16	40,0	196	52,4	57	31,1
Consultare	553	93,3	33	82,5	352	94,1	168	93,9
Total	598		40		375		183	

ANEXA 156.

Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în funcţie de performanţa profesională, %

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viaţă	Total		Categoria profesională							
			Fără categorie		Categoria II		Categoria I		Categoria superioară	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sfaturi	289	48,3	22	53,7	70	51,9	79	43,9	118	48,8
Radio	122	20,4	13	31,7	24	17,8	33	18,3	52	21,5
TV	117	19,6	11	26,8	27	20,0	32	17,8	47	19,4
Publicaţii	193	32,3	14	34,1	36	26,7	59	32,8	84	34,7
Lecţii	379	63,4	22	53,7	90	66,7	123	68,3	144	59,5
Selecţii şcoală	269	45,1	14	34,1	63	46,7	84	46,7	108	44,8
Consultare	553	93,3	35	85,4	124	92,5	169	94,4	225	94,1
Total	598		41		135		180		242	

ANEXA167.

Frecvenţa aplicării mijloacelor de promovare a modului sănătos de viaţă în instituţiile medicale din municipiul Chișinău, %

Mijloacele de promovare a modului sănătos de viaţă	Total		Denumirea IMSP AMT											
			Botanica		Buiucani		Centru		Ciocana		Rîşcani		Clinica Universitară de AMP	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Sfaturi	289	48,3	55	47,4	52	59,1	53	38,1	56	41,8	64	66,0	9	37,5
Radio	122	20,4	18	15,5	38	43,2	28	20,1	21	15,7	12	12,4	5	20,8
TV	117	19,6	19	16,4	34	38,6	32	23,0	19	14,2	7	7,2	6	25,0
Publicaţii	193	32,3	35	30,2	47	53,4	45	32,4	36	26,9	21	21,6	9	37,5
Lecţii	379	63,4	77	66,4	61	69,3	77	55,4	80	59,7	68	70,1	16	66,7
Selecţii școală	269	45,1	49	42,6	45	51,1	47	33,8	62	46,3	51	52,6	15	62,5
Consultare	553	93,3	107	92,2	83	94,3	125	93,3	123	91,8	91	93,8	24	100,0
Total	**598**		**116**		**88**		**139**		**134**		**97**		**24**	

ANEXA 178.

Prescrierea reţetelor pentru medicamente compensate şi parţial compensate în instituţiile medicale din municipiul Chişinău

IMSP	Numărul reţetelor prescrise, cifre absolute							Structura reţetelor prescrise, %						
	Anii					M	±m	Anii					M	m
	2006	2007	2008	2009	2010			2006	2007	2008	2009	2010		
AMT Botanica	59652	131216	146342	123576	146 470	121451,2	16069,38	34	34,1	33,2	29,2	29,2	31,9	1,13
AMT Buiucani	27198	51641	59789	64180	73 191	55199,8	7817,14	15,5	13,4	13,6	15,2	14,6	14,5	0,42
AMT Centru	25752	58647	67325	69878	85 395	61399,4	9902,28	14,7	15,2	15,3	16,5	17,0	15,7	0,43
AMT Ciocana	24481	57567	69823	68446	85 108	61085,0	10148,57	13,9	15	15,8	16,2	17,0	15,6	0,52
AMT Râscani	38553	85687	97619	97039	111 921	86163,8	12609,40	22	22,3	22,1	22,9	22,3	22,3	0,16
Total	**175636**	**384758**	**440898**	**423119**	**502 085**	**385299**	**55731,25**	**100**	**100**	**100**	**100**	100	**100,0**	**0,00**
CS Cricova	1600	4249	6151	7085	6 732	5163,4	1016,42	7,8	7,7	9,2	9,7	7,6	8,4	0,44
CS Durleşti	3599	8255	9977	11656	13 407	9378,8	1679,86	17,6	14,9	15	15,9	15,0	15,7	0,51
CS Sângera	1969	4865	6092	5410	7 185	5104,2	874,23	9,6	8,8	9,1	7,4	8,1	8,6	0,39
CS Vadul-lui-Vodă	1684	3627	4328	3752	5 184	3715	577,40	8,2	6,6	6,5	5,1	5,8	6,4	0,52

CS Vatra	747	1388	1494	2468	3 817	1982,8	534,77	3,6	2,5	2,2	3,4	4,3	3,2	0,38
CS Băcioi	1636	5169	6212	7485	9 189	5938,2	1267,59	8	9,3	9,3	10,2	10,3	9,4	0,41
CS Bubuieci	1152	4188	5520	6236	6 788	4776,8	1005,30	5,6	7,6	8,3	8,5	7,6	7,5	0,51
CS Budeşti	915	2942	2762	2619	4 851	2817,8	625,00	4,5	5,3	4,1	3,6	5,4	4,6	0,35
CS Ciorescu	1513	3924	4910	5432	7 395	4634,8	963,87	7,4	7,1	7,4	7,4	8,3	7,5	0,20
CS Coloniţa	838	2163	2462	2126	3 014	2120,6	357,88	4,1	3,9	3,7	2,9	3,4	3,6	0,21
CS Ghidighici	767	2383	2651	2983	3 670	2490,8	481,74	3,7	4,3	4	4,1	4,1	4,0	0,10
CS Grătieşti	997	3745	4353	4763	5 306	3832,8	753,51	4,9	6,8	6,5	6,5	6,0	6,1	0,34
CS Stăuceni	1525	4442	5001	6012	6 775	4751	901,44	7,4	8	7,5	8,2	7,6	7,7	0,15
CS Truşeni	1560	3981	4689	5300	5 846	4275,2	746,58	7,6	7,2	7	7,2	6,6	7,1	0,17
Total	**20502**	**55321**	**66602**	**73327**	**89 159**	**60982,2**	**11507,83**	**100**	**100**	**100**	**100**	100	**100,0**	**0,00**

ANEXA 189.

Suma compensată pentru procurarea medicamentelor prescrise în instituţiile medicale din municipiul Chișinău

Denumirea IMSP	Suma compensată, cifre absolute					Structura, %							M	±m
	Anii					M	±m	Anii						
	2006	2007	2008	2009	2010			2006	2007	2008	2009	2010		
AMT Botanica	1693487	4201705	4831967	5082301	7 301 538	**46221 99,6**	**1,53**	34,4	34,8	32,3	28,3	27,4	**31,4**	**1,53**
AMT Buiucani	732999	1529944	1952474	2605682	3 567 032	**20776 26,2**	**0,42**	14,9	12,7	13,1	14,5	13,4	**13,7**	**0,42**
AMT Centru	733669,1	1859095	2383125	3127875	4 983 632	**26174 79,3**	**0,70**	14,9	15,4	16	17,4	18,7	**16,5**	**0,70**
AMT Ciocana	688282,7	1780793	2322135	2809733	4 344 703	**23891 29,3**	**0,40**	14	14,8	15,5	15,7	16,3	**15,3**	**0,40**
AMT Râscani	1081402	2696708	3450076	4314315	6 443 363	**35971 72,9**	**0,45**	21,9	22,3	23,1	24	24,2	**23,1**	**0,45**
Total AMT	**4929840**	**1206824 5**	**1493977 7**	**1793990 7**	**26 642 278**	**15304 009,4**	**0,00**	**100**	**100**	**100**	**100**	100	**100**	**0**
CS Cricova	46046,74	125379,7	185448,2	273224,3	315 288	**18907 7,3**	**0,43**	8,6	8,2	9,2	10,4	8,1	**8,9**	**0,43**
CS Durlești	109492,6	271744,7	361809,5	456026	638 443	**36750 3,2**	**0,68**	20,4	17,7	17,9	17,3	16,3	**17,9**	**0,68**
CS Sângera	52761,14	127976,3	167362,2	180307,7	318 796	**16944 0,7**	**0,48**	9,8	8,4	8,3	6,8	8,1	**8,3**	**0,48**
CS	45507,44	106036,5	141335	144674,6	224 446	**13239 9,8**	**0,54**	8,5	6,9	7	5,5	5,7	**6,7**	**0,54**

Vadul-lui-Vodă														
CS Vatra	22911,81	43292,08	48718,83	81236,71	169 015	**73034,9**	**0,39**	4,3	2,8	2,4	3,1	4,3	**3,4**	**0,39**
CS Băcioi	33895,74	117560,9	157935,2	227548,4	347 483	**176884,6**	**0,45**	6,3	7,7	7,8	8,6	8,9	**7,9**	**0,45**
CS Bubuieci	29346,05	104639,9	153829	208151,5	254 877	**150168,6**	**0,42**	5,5	6,8	7,6	7,9	6,5	**6,9**	**0,42**
CS Budești	21710,77	76283,25	79635,55	80942,28	217 122	**95138,7**	**0,43**	4	5	3,9	3,1	5,5	**4,3**	**0,43**
CS Ciorescu	33475,34	93572,99	125902,8	183744,6	294 867	**146312,5**	**0,28**	6,2	6,1	6,2	7	7,5	**6,6**	**0,28**
CS Colonița	18578,66	54053,18	70553,42	65859,35	119 622	**65733,3**	**0,20**	3,5	3,5	3,5	2,5	3,1	**3,2**	**0,20**
CS GhidighicI	21988,43	76353,35	100355,1	127647,1	182 637	**101796,1**	**0,17**	4,1	5	5	4,8	4,7	**4,7**	**0,17**
CS Grătiesti	24645,29	99839,08	130981,4	178471,3	262 340	**139255,4**	**0,41**	4,6	6,5	6,5	6,8	6,7	**6,2**	**0,41**
CS Stăuceni	43794,16	135273,3	170436	250998,4	333 084	**186717,2**	**0,23**	8,2	8,8	8,4	9,5	8,5	**8,7**	**0,23**
CS Trușeni	32467,95	99763,93	131986,2	177669,6	236 317	**135641,0**	**0,13**	6,1	6,5	6,5	6,7	6,0	**6,4**	**0,13**
Total CS	**536622,2**	**1531769**	**2026288**	**2636502**	**3914 335,26**	**2129103,3**	**0,00**	**100**	**100**	**100**	**100**	100	**100**	**0**

ANEXA 20.

Nivelul mediu de salarizare a personalului medical în perioada anilor 2005–2009, lei

Indicatorii	Anii						
	2005	2006	2007	2008	2009	M	±m
Salariul mediu lunar pe ramură (la o persoană fizică) Inclusiv :	**1018**	**1410**	**1875**	**2529**	**2961**	**1958,6**	**355,16**
Medici	1272	1990	2561	3345	3954	2624,4	475,53
Asistente medicale	947	1330	1812	2590	3013	1938,4	383,95
Salariul mediu lunar în cadrul AMP Inclusiv :	**1000**	**1520**	**1969**	**2821**	**3073**	**2076,6**	**389,06**
Medici de familie	1216	2100	2700	3612	4165	2758,6	525,50
Medici–specialişti	1095	1690	2115	2725	3278	2180,6	382,37
Asistente medicale de familie	891	1340	1780	2744	3205	1992	431,23
Salariul mediu lunar în cadrul Asistenţei Medicale Spitaliceşti Inclusiv :	**1039**	**1300**	**1757**	**2360**	**2916**	**1874,4**	**343,68**
Medici	1618	2140	2803	3612	4358	2906,2	493,10
Asistente medicale	1064	1350	1856	2593	3035	1979,6	370,14

ANEXA 21.

Chestionar pentru evaluarea opiniei pacienţilor din municipiul Chișinău privind accesibilitatea şi calitatea serviciilor medicale prestate în AMP

Stimaţi locuitori ai municipiului Chișinău, performanţa continuă a sistemului de sănătate la nivelul medicinii de familie poate fi realizată mai reuşit cunoscând opinia Dvs. despre accesibilitatea şi calitatea serviciilor medicale. În acest scop, vă rugăm să răspundeţi la întrebări, bifând o singură variantă de răspuns (la rubrica cod). Evaluarea poartă caracter anonim.

I. Accesul la servicii medicale şi la informaţie			
		Variante de răspuns	Cod
1.	Aţi ales medicul de familie?	Da Nu	1 2
2.	Aţi ales instituţia medicală?	Da Nu	1 2
3.	Câte zile aşteptaţi vizita programată la medicul de familie?	1-2 zile 3-5 zile 6 zile şi mai mult	1 2 3
4.	Cât timp durează consultaţia medicului de familie?	Până la 15 minute 16-20 minute 21-40 minute	1 2 3
5.	Cum apreciaţi dvs. durata consultaţiilor medicale oferite de medicul de familie?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
6.	Explicaţiile medicului de familie pentru efectuarea investigaţiilor clinice, de laborator, instrumentale şi a tratamentului sunt suficiente?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
7.	Sunt accesibile serviciile medicale fără plată, recomandate de medicul de familie:		

7 A	Consultaţia medicilor-specialişti?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
7 B	Investigaţiile de laborator?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
7 C	Investigaţiile instrumentale, inclusiv cele costisitoare?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
8.	Care a fost cauza adresării dvs. la medicul de familie?	Cu scop profilactic Infecţii acute Urgenţe medicale Hipertensiune arterială Boli ale inimii Bronşită/ astm bronşic Diabet zaharat Hepatită cronică Tuberculoză Altele_____ (specificaţi)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 88
9.	Aţi beneficiat de medicamente gratuite sau parţial compensate, prescrise de medicul de familie?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
10.	Aţi beneficiat de consultaţii medicale telefonice oferite de medicul de familie?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
11.	S-au schimbat condiţiile de acordare a serviciilor medicale pacienţilor odată cu implementarea asigurărilor medicale	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99

	obligatorii?		
II. Calitatea serviciilor medicale şi atitudinea medicului de familie			
12.	Cum apreciaţi situaţia actuală din instituţia medicală din localitatea dvs., referitor la:		
12 A	Asigurarea cu echipament medical?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
12 B	Asigurarea cu medicamente de urgenţă, şi medicamente pentru „caz tratat”?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
13.	În caz de îmbolnăvire vă adresaţi la:	Medicul de familie Medicul- specialist Altele_____ specificaţi	1 2 88
14.	Care sunt motivele?	Profesionalismul medicului Calitatea asistenţei medicale Condiţiile de muncă Asigurarea cu medicamente Asigurarea cu utilaj medical Cheltuieli mai mici Altele_____ pecificaţi	1 2 3 4 5 6 88
15.	Cum apreciaţi dvs. experienţa şi profesionalismul medicului de familie?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4
16.	Serviciile medicale acordate de medicul de familie au influenţat pozitiv sănătatea Dvs.?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 4
17.	Cum apreciaţi gradul de atenţie manifestat de medicul de familie faţă de problemele Dvs. de sănătate?	Bună Foarte bună Rea Foarte rea	1 2 3 4

18.	A ţinut cont medicul de familie de opinia dvs. în luarea deciziei despre investigaţiile şi tratamentul prescris?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
19.	Informaţia cu privire la modul sănătos de viaţă o aflaţi din următoarele surse:		
20 A	În timpul vizitei la medic?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
20 B	Emisiunile radiofonice?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
20 C	Emisiunile televizate?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
20 D	Publicaţii?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
20 E	Lecţii în clasele educaţionale din cadrul instituţiei medicale?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
20.	Urmaţi sfaturile medicului de familie cu rerire la prevenirea îmbolnăvirii?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
21.	În opinia Dvs., principiul acordării asistenţei medicale prin intermediul medicului de familie vă satisface sau nu ?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
22.	Cât de important este rolul managerului în organizarea calitativă a activităţilor din instituţia medicală?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4

23.	Cât de important este rolul lucrătorilor medicali în sporirea calităţii serviciilor medicale?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4
III. Informaţii generale			
24.	Locul de trai:	Urban Rural	1 2
25.	Vârsta:	Până la 20 ani 21-30 ani 31-40 ani 41-50 ani 51-60 ani Peste 60 ani	1 2 3 4 5 6
26.	Sexul:	Feminin Masculin	1 2
27.	Studii:	Elev Student Medii generale Colegiu/ şc.profesională Superioare	1 2 3 4 5
28.	Funcţia:	Elev Student Slujbaş Muncitor Agricultor Şomer Casnic/ă Neîncadrat în câmpul muncii Alte categorii	1 2 3 4 5 6 7 8 88
29.	Dispuneţi de poliţă de asigurare medicală obligatorie?	Da Nu	1 2

Vă mulţumim pentru colaborare!

ANEXA 22.

Chestionar pentru evaluarea opiniei medicilor de familie, medicilor-specialişti şi a managerilor din municipiul Chişinău privind organizarea activităţilor în AMP

Stimaţi colegi, performanţa continuă a sistemului de sănătate la nivelul asistenţei medicale primare poate fi realizată mai reuşit cunoscând opinia dvs. despre accesibilitatea şi calitatea serviciilor medicale prestate. În acest scop, vă rugăm să răspundeţi la întrebări, încercuind doar o singură variantă de răspuns (la rubrica cod). Evaluarea poartă caracter anonim.

I. Informaţii generale			
		Variante de răspuns	Cod
I. Atitudinea Dvs. faţă de organizarea serviciului de AMP în municipiul Chişinău:			
1.	Administraţia instituţiei medicale unde activaţi ia în consideraţie opinia dvs. în cazul adoptării unor decizii care se referă la organizarea serviciilor de asistenţă medicală primară ?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
2.	Cât de important este rolul managerului în organizarea calitativă a activităţilor din instituţia medicală unde activaţi?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4
3.	Cât de important este rolul lucrătorilor medicali în sporirea calităţii serviciilor medicale?	25% 50% 75% 100%	1 2 3 4
4.	Pacienţii beneficiază de dreptul la libera alegere a instituţiei medicale?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
5.	Pacienţii beneficiază de dreptul la libera alegere a medicului de familie?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
6.	Cât timp aşteaptă pacientul vizita programată la medicul de familie?	1-2 zile 3-5 zile	1 2

		6 zile şi mai mult	3
7.	Cât timp (în medie) durează consultaţia medicului de familie?	Până la 15 minute 16-20 minute 21-40 minute	1 2 3
8.	Cât timp (în medie) durează consultaţia medicului-specialist?	Până la 15 minute 16-20 minute 21-40 minute	1 2 3
9.	Care a fost cauza adresării pacienţilor la dvs.?	Cu scop profilactic Infecţii acute Urgenţe medicale Hipertensiune arterială Patologii cronice Altele_____ ____ (specificaţi)	1 2 3 4 5 88
10.	Pacienţii dvs. beneficiază de medicamente gratuite sau parţial compensate?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
11.	În instituţia în care activaţi dvs. se evaluează nivelul satisfacţiei pacienţilor?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
12.	Gradul de asigurare cu mijloace de comunicare:		
12A	Reţea telefonică locală?	Da Nu Parţial	1 2 3
12B	Reţea telefonică mobilă?	Da Nu Parţial	1 2 3
12C	Servicii internet?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
13.	Cu ce vă deplasaţi în timpul îndeplinirii funcţiilor de serviciu:		
13A	Cu transportul public?	Da	1

		Nu Parţial	2 3
13B	Cu transportul instituţiei medicale?	Da Nu Parţial	1 2 3
13C	Cu transportul individual?	Da Nu Parţial	1 2 3
14.	În viziunea dvs. reforma structurală de consolidare a asistenţei medicale în asociaţii medicale teritoriale are un impact pozitiv asupra organizării asistenţei medicale primare?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
15.	Activitatea centrului consultativ şi de diagnostic în cadrul asociaţiilor medicale teritoriale este o formă optimală de conlucrare a medicilor de familie şi a medicilor-specialişti?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
16.	Dumneavoastră susţineţi părerea că în prezent asistenţa medicală primară este un serviciu prioritar al sănătăţii publice?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
II. Rolul Dvs. în sporirea calităţii serviciilor medicale prestate în AMP			
17.	Medicul de familie este recunoscut şi se bucură de autoritate printre pacienţi?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
18.	Doriţi să aveţi o independenţă mai mare în procesul de diagnosticare şi tratament al pacienţilor?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
19.	Dumneavoastră doriţi să îmbunătăţiţi calitatea serviciilor medicale acordate?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
20.	Dumneavoastră consideraţi că este necesară participarea medicului de familie de comun cu medicul-specialist şi pacientul în luarea deciziilor despre planul de investigaţii şi tratament în toate cazurile de boală?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99

21.	Pacienţii execută integral prescripţiile dvs. care ţin de diagnosticarea maladiei şi de tratament?		1 2 3 99
22.	Modalitatea de informare a pacienţilor despre modul sănătos de viaţă:		
22A	Prin emisiuni la radio?	Da Nu Parţial	1 2 3
22B	Prin emisiuni televizate?	Da Nu Parţial	1 2 3
22C	Publicaţii?	Da Nu Parţial	1 2 3
22D	Lecţii în clasele educaţionale în cadrul instituţiei medicale?	Da Nu Parţial	1 2 3
22. E	Lecţii în clasele educaţionale în cadrul instituţiei de învăţământ?	Da Nu Parţial	1 2 3
22 F	În timpul consultaţiilor medicale, când se adresează pacientul?	Da Nu Parţial	1 2 3
23.	Pacienţii urmează sfaturile Dvs. referitor la prevenirea îmbolnăvirii (profilaxie)?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
III. Atitudinea Dvs. faţă de modalitatea de salarizare şi motivare a muncii medicului			
24.	Dumneavoastră sunteţi mulţumit de salariul actual?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
25.	Implementarea asigurărilor medicale obligatorii a permis acordarea stimulentelor materiale medicilor pentru a îmbunătăţi calitatea serviciilor medicale?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
26.	Remunerarea muncii medicilor depinde de calitatea serviciilor medicale prestate?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99

27.	În instituţia medicală unde activaţi se utilizează metode economice de remunerare a muncii?	Da Nu Parţial Nu ştiu	1 2 3 99
IV. Informaţii generale			
28.	Locul de muncă, denumirea instituţiei medico-sanitare publice:		
29.	Vârsta:	Până la 30 ani 31-40 ani 41-50 ani 51-60 ani Peste 60 ani	1 2 3 4 5
30.	Sexul:	Feminin Masculin	1 2
31.	Specialitatea:	Medic de familie Medic-specialist Manager _____	1 2 3
32.	Stagiul de muncă:	Până la 5 ani 6 - 9 ani 10-14 ani 15 ani şi peste	1 2 3 4
33.	Categoria:	fără categorie a doua prima superioară	1 2 3 4

Vă mulţumim pentru colaborare!

ANEXA 23.

Fotocronograma săptămânii de muncă a medicului/asistentei medicale din AMP

Stimaţi colegi!

Performanţa continuă a sistemului de sănătate la nivelul medicinii primare în municipiul Chișinău poate fi realizată mai reuşit cunoscând opinia Dvs. despre volumul de lucru şi caracteristica activităţilor în domeniu, efectuate zilnic timp de o săptămână de către medicul şi asistenta medicală de familie.

Scopul studiului este evaluarea activităţii asistenţei medicale primare şi elaborarea unor direcţii ştiinţific argumentate de eficientizare în domeniu.

Aceste măsuri vor permite realizarea unui proces continuu de ameliorare a organizării muncii şi prestare a serviciilor medicale calitative. Vă rugăm să îndepliniţi chestionarul, bifând doar o singură variantă de răspuns. Evaluarea poartă caracter anonim.

<table>
<tr><td colspan="11">I. DATE GENERALE</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="10">Denumirea IMSP</td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="10">Data îndeplinirii</td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="3">Vârsta (ani deplini)</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>4</td><td colspan="3">Sexul</td><td colspan="3">M</td><td colspan="4">F</td></tr>
<tr><td>5</td><td colspan="3">Categoria profesională</td><td colspan="2">fără categorie</td><td colspan="2">II</td><td>I</td><td>superioară</td></tr>
<tr><td>6</td><td colspan="3">Vechimea în muncă, ani</td><td colspan="2">generală</td><td colspan="2"></td><td>în medicina de familie</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">7</td><td rowspan="2">Pregătirea în medicina de familie</td><td>medici</td><td colspan="2" rowspan="2">(anul absolvirii)</td><td colspan="2">prin rezidenţiat</td><td rowspan="2">cursuri de perfecţionare generală (anul perfecţionării)</td><td></td></tr>
<tr><td>asistente medicale</td><td colspan="2">Colegiul medical</td><td></td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="6">Numărul de pacienţi înscrişi pe listă</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="4">Şarja de activitate, normă</td><td>0,5</td><td>0,75</td><td>1.0</td><td>1,25</td><td>1,5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">10</td><td rowspan="2">Modul de activitate</td><td>medici</td><td colspan="2">ssolo</td><td colspan="3">cu o AMF</td><td colspan="2">cu două AMF</td></tr>
<tr><td>asistente medicale</td><td colspan="2">ssolo</td><td colspan="3">o AMF</td><td colspan="2">două AMF</td></tr>
<tr><td>11</td><td colspan="7">Distanţa de la IMSP până la sectorul deservit, km</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">12</td><td colspan="3" rowspan="2">Deplasarea la domiciliul pacientului (deservirea chemărilor)</td><td rowspan="2">cu transportul IMSP</td><td colspan="3">cu transportul public</td><td rowspan="2">cu trans-portul personal</td><td rowspan="2">pe jos</td></tr>
<tr><td>autobuz</td><td>troleibuz</td><td>microbuz</td></tr>
<tr><td colspan="11">II. CARACTERISTICA CONDIŢIILOR DE MUNCĂ</td></tr>
<tr><td>13</td><td colspan="3">Lucrează cu</td><td colspan="3">suprafaţa, m^2</td><td colspan="4">condiţiile climaterice</td></tr>
</table>

				confort	efect încălzire	efect răcire
		sala de examinare				
		birou pentru 2 persoane				
		sala de triaj				
		sala de relaxare				
		bibliotecă				
		sala de internet				
		sala educațională				
		sala de proceduri				

III. DOTAREA TEHNICO--MATERIALĂ			
		Da	Nu
14	**Telefon fix**		
15	**Telefon GSM (cu acoperire financiară lunară de IMSP)**		
16	**Calculator personal**		
17	**Climatizor**		
18	**Lavoar**		
19	**Aprovizionare centralizată cu apă caldă**		
20	**Ceainic electric**		
21	**Fonendoscop**		
22	**Tonometru**		
23	**Otoscop**		
24	**Oftalmoscop**		

25	**Glucometru**			
26	**Termometru**			
27	**Electrocardiograf**			
28	**Aparat pentru efectuarea tonometriei oculare**			
29	**Aprovizionare cu consumabile**	***categoria***	***Da***	***Nu***
			în volum deplin	***în volum redus***
		toner		
		formulare medicale statistice		
		reţete		
		rechizite de birou		
		mănuşi		
		măşti		
		echipament medical		

IV. Activitatea profesională (se îndeplineşte pentru fiecare zi de muncă din săptămână)

30	**Specificarea activităţilor**	Orele zilei de muncă							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	supra program
	Pentru tura de dimineaţă	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	

					11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	
	Pentru tura de după prânz											
		programaţi										
		neprogramaţi										
		de urgenţă										
		maturi	vârsta aptă de muncă									
			pensionari peste 65 ani									
		copii	0-1ani									
			1-5 ani									
			5-7 ani									
			7-18 ani									
31	**Numărul de vizite la domiciliu**	active programate										
		solicitări de urgenţă de la pacienţi										
		îngrijiri la domiciliu										
		tratament										
		active transmise de către serviciul de urgenţă										
		maturi	vârsta aptă de muncă									

			pensionari peste 65 ani								
		copii	0-1ani								
			1-5 ani								
			5-7 ani								
			7-18 ani								
32	**Consultaţia medicală**	examinare medicală									
		consiliere									
		discuţii pe teme profilactice									
33	**Manopere**	proceduri de diagnostic în oficiu									
		proceduri de diagnostic în afara oficiului									
		Intervenţii:									
		chirurgicale									
		tonometrii									
		otoscopii									
		oftalmoscopii									
		glucometrii									
		termometrii									
		electrocardiografii									

		inoculări i/m, i/v								
		antropometrii								
34	**Completarea documentaţiei medicale**	registre								
		fişe medicale								
		reţete								
		trimiteri la investigaţii								
		trimiteri pentru spitalizare								
		certificate								
V. PAUZE TEHNOLOGICE, *minute* (se îndeplineşte pentru fiecare zi de muncă din săptămână)										
35	**Igienice**	spălarea mâinilor								
		prelucrarea umedă a suprafeţelor şi a sălii de examinare								
		aerisirea încăperii								
		prelucrarea instrumentarului medical								
36	**Întrerupereaconsultaţiei pacientului**	a fost solicitat ajutorul de urgenţă la un alt pacient								
		a fost invitat de către administraţie sau şef secţie								
		a fost telefonat								
		a necesitat informaţie suplimentară de la serviciul de laborator sau								

		diagnostica funcţională								
		a consultat medicul--specialist								
		a coordonat spitalizarea pacientului								
37	**Volante**									
38	**Şedinţe**									
39	**Întruniri**									
40	**Seminare, conferinţe, societăţi**									
41	**Comisii, controale**									
VI. NECESITĂŢI PERSONALE ŞI DE ODIHNĂ, *minute*(se îndeplineşte pentru fiecare zi de muncă din săptămână)										
42	**Ceai, cafea**									
43	**Calmare**									
44	**Fumat**									
45	**Micropauze**									
VII. APRECIEREA CLIMATULUI PSIHOLOGIC (de indicat durata în minute)										
46	**Prezenţa satisfacţiei morale de la activităţile efectuate**									
47	**Prezenţa semnelor de oboseală**									
48	**Prezenţa situaţiilor de conflict**	pe verticală								
		pe orizontală								
		cu pacienţii								

49	Specificaţi factorii care Vă deranjează cel mai mult în timpul activităţilor şi contribuie la diminuarea calităţii serviciilor prestate: _____ _____ _____ _____ _____
50	Reieşind din faptul că în orarul zilei de muncă nu este prevăzută pauza de prânz, Vă rugăm să indicaţi timpul (durata) micropauzelor, ţinând cont de supasolicitarea sistematică pe parcursul zilei de muncă: _____ _____ _____ _____
51	Propuneri de îmbunătăţire a activităţilor din asistenţa medicală primară: _____ _____ _____ _____

Vă mulţumim pentru colaborare!

ANEXA 24.

Foaia de titlu a Recomandărilor metodice

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
”NICOLAE TESTEMIŢANU”

Etco Constantin, Buta Galina

CRITERII SMART DE ESTIMARE COMPLEXĂ A ACTIVITĂŢII SERVICIULUI DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Recomandări metodice

Chişinău, 2011

EȚCO Constantin, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Catedra Economie Management și Psihopedagogie în Medicină a USMF „Nicolae Testemițanu”. Autor și coautor a peste 650 de lucrări, inclusiv 27 monografii și 43 manuale, compendii și note de curs, ghiduri și îndrumări metodice pentru studenți. A publicat 306 articole în reviste naționale și 45 în reviste și culegeri internaționale. Deține 2 medalii de argint și 1 medalie de bronz (2013) ale Academiei Internaționale de Științe și Studii Superioare (Anglia). A pregătit 35 de doctori și doctori habilitați. Este membru titular al Academiei „Noosfera” din Moscova, al Academiei Internaționale de Informatizare pe lîngă ONU, al Academiei Internaționale de Management și al Academiei de Studii Înalte (România). Decorat cu medaliile „V*eteran al Muncii*” (1989), „*Dimitrie Cantemir*” și „Nicolae Testemițanu” (2011) și ordinul „*Gloria Muncii*” (2012), deținător al Trofeului „*Pentru întreaga carieră*” al Primului Concurs în Medicină, organizat de OMS, MS și CNAM (2012) și al Premiului AȘM (2007, 2011). Este Om emerit al raionului Călărași (1995).

BUTA Galina, doctor în științe medicale, asistent universitar, Catedra Economie Management și Psihopedagogie în Medicină a USMF „Nicolae Testemițanu”. Absolventă a USMF „Nicolae Testemițanu” (1994), a Academiei de Administrare Publică pe lângă Președintele Republicii Moldova (2006), posesoare a diplomei de audient eminent pentru performanță academică și activitate extracuriculară. Master în domeniul Managementului Public.

Autor și coautor a 32 de lucrări științifice și didactice, inclusiv 1 monografie, 1 îndrumar metodic și 1 manual. A publicat 24 articole în reviste naționale și 5 în reviste și culegeri internaționale. Este expert al Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, membru al Alianței Latine de Analiză a Sistemului de Sănătate (ALASS), al Asociației Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină și al Asociației Medicilor de Familie din RM.